

(様式2)

## 土岐市立総合病院 セカンドオピニオン 同意書

私、(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました  
(ご相談者) \_\_\_\_\_ に対して、貴院担当医師が私の疾  
患について診断および治療内容等に関する意見や判断を述べ、私の主治医宛の  
報告書が作成されることに同意いたします。

平成                      年                      月                      日

(住所) \_\_\_\_\_

(患者氏名) \_\_\_\_\_

印