

大阪市立大学医学部附属病院
セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者さま氏名）_____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

ついでの治療内容、今後の見通し等につきまして、意見や判断を述べ、私の主治医

あての報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

患者さま氏名 _____ ⑩

生年月日（大正、昭和、平成、令和、西暦）
_____年 月 日生

（※ 家族であることを証明できるもの（健康保険証、免許証等）を必ず持参して
ください。）