（※ご本人が来院できない場合のみ記入してください）

渋谷コアクリニック

セカンドオピニオン　相談同意書

私（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参した

（相談者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）＿＿＿＿＿＿に対して、

貴院担当医師が私の疾患についての診断、治療内容および今後の見通しについて意見や判断を述べること、また、私の主治医あての報告書が作成される事に同意いたします。

また、同席者は以下の通りとなります。（同席される方がいる場合）

（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄＿＿＿＿＿＿＿＿

年　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　年　　月　　日