

北斗病院セカンドオピニオン  
相談同意書

私（患者様氏名）\_\_\_\_\_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

私の疾患についてのセカンドオピニオンの内容を述べ、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。

令和 年 月 日

（患者様氏名）\_\_\_\_\_ 印