（様式　５）

済生会滋賀県病院セカンドオピニオン

実施同意書

私、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（患者様ご本人）は、この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診断および治療内容、今後の見通しなどにつきまして、意見をのべ、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。

平成　　年　　月　　日

生年月日　　年　　月　　日生

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（患者様ご本人の署名をおねがいします）