

---

LSI 札幌クリニック 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  
\_\_\_\_\_  
(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及び治療内容、今後の見通  
しについて、意見や判断を述べ、私の主治医宛ての報告書が作成さ  
れることに同意いたします。

年 月 日

(生年月日) \_\_\_\_\_ 年 月 日 生

(患者様氏名) \_\_\_\_\_ 印

※ 同意書の記入は患者様の自筆でお願いいたします。