

国立病院機構 滋賀病院セカンドオピニオン外来  
相 談 同 意 書

私（患者氏名）  
（ご相談者）

は、本同意書を持参しました  
（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致します。

平成 年 月 日

生年月日（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日生

（患者様ご氏名・自筆）

印