

財団法人 住友病院  
セカンドオピニオン外来相談同意書

**【患者さまご本人が来院される場合】**

私（患者さま氏名）\_\_\_\_\_は、住友病院の医師が私の疾病  
についての診断および治療内容や今後の見通しについて、意見や見解を述べ、  
私の主治医（現在おかけの医療機関）あての報告書が作成されることに同意  
します。

**【患者さまのご家族が来院される場合】**

私（患者さま氏名）\_\_\_\_\_は、本同意書を持参しました  
（ご相談者）\_\_\_\_\_（患者さまとの続柄：\_\_\_\_\_）に対して、  
住友病院の医師が私の疾病についての診断および治療内容や今後の見通しに  
ついて、意見や見解を述べ、私の主治医（現在おかけの医療機関）あての  
報告書が作成されることに同意します。

平成 年 月 日

患者さまご本人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 M・T・S・H 年 月 日 \_\_\_\_\_