

(S0 様式 4)

## 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) \_\_\_\_\_ (患者様との続柄) \_\_\_\_\_ に  
対して、岐阜市民病院セカンドオピニオン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。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\_\_\_\_\_  
(患者様氏名) \_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_  
生年月日 大正・昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(あて先)  
岐阜市民病院長