

横浜市立市民病院セカンドオピニオン 相談同意書

平成 年 月 日

横浜市立市民病院長

患者さん氏名 _____
(白筆でお願いします)

私（患者さん）は、下記の者が、横浜市立市民病院で、私の病状
に関してセカンドオピニオンを受けることに同意します。

セカンドオピニオン：現在受けている医療機関の医師の判断や治療方法について、
主治医以外の医療機関の医師の意見をきくこと。

記

相談者氏名	患者さんとの続柄