

(様式2)

北海道立北見病院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 _____（患者様との続柄 _____）に対して、
北海道立北見病院担当医師が私の疾患についての治療内容および診断、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
とに同意いたします。

年 月 日

氏 名 印

生年月日（明・大・昭・平・令） 年 月 日生

北海道立北見病院 医事係