

## 徳島大学病院セカンドオピニオン外来 家族同意書

私（ご相談者氏名）

は、

（患者ご本人氏名） の（続柄） として、

治療法について患者本人が判断不可能な状態であるとの主治医の診断の元、本人との  
家族関係を証明する書類を提出し、本同意書により、貴院担当医師が本人の疾病に  
についての診断および治療内容、今後の見通しについて、意見や判断を述べ、本人の  
主治医あてに報告書を作成・提出することに同意いたします。

平成 年 月 日

徳島大学病院長 殿

患者ご本人 氏名

患者ご本人 生年月日（ 年 月 日）

ご相談者 氏名

印

ご相談者 患者様とのご関係（続柄）

ご相談者 住所

徳島大学病院・セカンドオピニオン外来

〒770-8503 徳島市蔵本町2-50-1 Tel : 088-633-9654 Fax : 0120-335-979