

# セカンドオピニオン外来相談同席同意書

平成 年 月 日

独立行政法人  
国立病院機構高知病院病院長 殿

私（患者様氏名）\_\_\_\_\_は、セカンドオピニオン外来相談に  
おいて、下記の者が同席することに同意します。

なお、今回の相談内容が、同席者を介して情報漏洩するなど不測の事態が生じた場合は  
責任の所在は私本人と相談者にあることを了承いたします。

（相談者 氏名）\_\_\_\_\_（続柄・間柄）\_\_\_\_\_

（同席者 氏名）\_\_\_\_\_（続柄・間柄）\_\_\_\_\_

（同席者 氏名）\_\_\_\_\_（続柄・間柄）\_\_\_\_\_

（同席者 氏名）\_\_\_\_\_（続柄・間柄）\_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日（大正・昭和・平成） 年 月 日生 \_\_\_\_\_

氏 名（患者氏名・自署） \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

（代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_）