

独立行政法人国立病院機構嬉野医療センター

セカンドオピニオン外来相談同意書

私、(患者様氏名 \_\_\_\_\_) は、以下のセカンドオピニオンの相談者に対して、貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しについて意見や判断を述べて、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意します。

(ご相談者① \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_))

(ご相談者① \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_))

(ご相談者① \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_))

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

生年月日 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

患者様氏名 \_\_\_\_\_ ⑩