

豊後大野市民病院

セカンドオピニオン外来相談同意書

私 (患者さん氏名) \_\_\_\_\_ は、

以下の相談者に対して、貴院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、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。

(ご相談者①) \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)、

(ご相談者②) \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)、

(ご相談者③) \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

平成 年 月 日

生年月日 (大正、昭和、平成) \_\_\_\_\_ 年 月 日

(患者さん氏名) \_\_\_\_\_ 印

- (注意 1) 同意書の記入は患者さんの自筆をお願いします。
- (注意 2) 相談者は本人を証明するもの (運転免許証、健康保険証等) をご持参ください。控えをとらせていただきます。
- (注意 3) 相談者の記名の無い方、身分を証明するものをお持ちでない方は、セカンドオピニオンに同席して頂くことができませんので、ご了承ください。