独立行政法人国立病院機構長良医療センター

セカンドオピニオン外来　相談同意書

私（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参しました（ご相談者氏名(続柄)）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）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、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医宛ての報告書が作成されることに同意いたします。

令和　　年　　月　　日

生年月日（大正、昭和、平成）　　年　　月　　日生

患者様氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※相談者が患者様ご本人の場合、本同意書は不要です。