

新別府病院

セカンドオピニオン外来
相談同意書

私（患者さま）_____は、本同意書を持参しました

（ご相談者さま）_____（続柄）_____に対して

貴院担当医師が、私の病態・今後の見通しについての意見や判断を

述べ、ならびに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。

平成 年 月 日

生年月日（ 大正・ 昭和・ 平成 ） 年 月 日 生

（患者さまの氏名）_____（印）_____