

くまもと県北病院セカンドオピニオン外来

相談同意書

私(患者氏名) _____ 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 _____)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ (患者氏名) _____ 印

_____ 生年月日(大正、昭和、平成、令和) _____ 年 _____ 月 _____ 日

(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。