

(第2号様式)

小倉記念病院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①) \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)、

(ご相談者②) \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)、

(ご相談者③) \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)、

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、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

\_\_\_\_\_(大正、昭和、平成) 年 月 日生

\_\_\_\_\_(患者様氏名) \_\_\_\_\_ 印

(注1) 同意書の記入は患者様の自筆でお願いします。

(注2) ご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。