

独立行政法人国立病院機構

関門医療センター 殿

## 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

(相談者) \_\_\_\_\_ (患者様との続柄: \_\_\_\_\_) に対して、

貴院担当医師が私の疾患について、現在治療を受けている主治医の診断及び

治療内容、今後の見通し等につきまして、意見や判断を述べること及び

私の主治医宛の意見書が作成され、返送されることに同意いたします。

年 月 日

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

(患者様の氏名) \_\_\_\_\_ 印

