

セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者さん署名）_____は、本日同意書を持参しました
相談者氏名_____ 生年月日_____年_____月_____日
患者さんとの続柄（_____）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、意見や判断を延べ、私の主治医宛での
報告書が作成されることに同意いたします。

_____年_____月_____日

社会福祉法人^{恩賜}財団^{済生会}熊本病院 様

患者氏名

氏名_____印

生年月日_____年_____月_____日生

※ ご相談者の方は、家族であることを証明できるもの（健康保険証、免許証等）を必ずご持参下さい。なお、ご記入いただいた個人情報、セカンドオピニオンの提供に利用するものであり、この目的以外には用いません。