

国立病院機構 宮崎東病院 セカンドオピニオン外来

相談同意書

私 (患者氏名) _____ は、本同意書を持参しました

(相談者氏名) _____ (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、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

(患者氏名) _____ (印)

生年月日 _____ 年 月 日生