

島根大学医学部附属病院 セカンドオピニオン相談同意書

私(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、本書を持参しました

ご相談者 \_\_\_\_\_ (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。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご住所 \_\_\_\_\_

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

患者氏名(自筆) \_\_\_\_\_ ㊞

\*相談者は、家族であることを証明できるもの(保険証、運転免許証等)を持参のうえご来院ください。