

鳥取県立中央病院セカンドオピニオン外来 相談同意書

鳥取県立中央病院長 様

令和 年 月 日

私は、本同意書を持参しました、下記のものに対して、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、今後の見通しなどにつきまして、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します。

患者氏名: _____ ⑩

住所: _____

記

相談者(セカンドオピニオンを求める者)

① 氏名 _____ 続柄(本人から見て) _____

② 氏名 _____ 続柄(本人から見て) _____

③ 氏名 _____ 続柄(本人から見て) _____

④ 氏名 _____ 続柄(本人から見て) _____

注1: _____ の箇所に本人の直筆で記入願います。

注2: 相談者は、相談者本人を証明するもの(運転免許証、保険証など)をご持参願います。