

大分県立病院 セカンドオピニオン外来

相談同意書

私（患者さん） _____ は、本同意書を持
参しました（ご相談者の方） _____ に対し
て、貴院の専門医が、私の疾患についての診断、治療内容および今後の見通
しについて意見や判断を述べ、並びに私の主治医宛ての報告書が作成される
ことに同意します。

令和 年 月 日

生年月日 （大正・昭和・平成） 年 月 日 生

患者さんの氏名 _____ (印)