

JA尾道総合病院 セカンドオピニオン相談
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) _____ (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、私の主治医宛に報告書を作成されることに
同意いたします。

以上

平成 年 月 日

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生

患者氏名 _____ (印)

患者保護者氏名 _____ (印)

患者様が未成年者の場合に記入下さい。

記入いただいた個人情報は、セカンドオピニオンの提供に利用できるものであり
この目的以外には用いません。