

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

年 月 日

生年月日 _____ 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。