

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。

令和 年 月 日

ご住所 _____

生年月日 (大正・昭和・平成・令和) _____ 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。