セカンドオピニオン外来相談同意書

鹿児島厚生連病院長　殿

私（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参しました

（ご相談者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、

貴院担当医師が疾患に対する現在の主治医の診断及び治療内容について意見や

判断を述べ、私の主治医あてに報告書が作成されることに同意します。

平成　　年　　月　　日

患者様（相談者）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日生