セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者さん氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は，本同意書を持参した（ご相談者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して，岩手県立久慈病院セカンドオピニオン担当医師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などにつきまして，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します.

平成　　年　　月　　日

患者さん氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日　明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日