

(第2号様式)

小倉記念病院セカンドオピニオン外来

相談同意書

私(患者様氏名) _____ は、本同意書を持参しました。

_____(ご相談者①) _____(続柄 _____)、

_____(ご相談者②) _____(続柄 _____)、

_____(ご相談者③) _____(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。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____(大正、昭和、平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日生

_____(患者様氏名) _____ 印

(注1) 同意書の記入は患者様の自筆をお願いします。

(注2) ご相談者は本人を証明するもの(運転免許証、健康保険証等)をご持参ください。