

国立病院機構 近畿中央呼吸器センター セカンドオピニオン

相談同意書

私(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました

(ご相談者) \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_ に対して、

(ご住所) \_\_\_\_\_

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、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

(患者様)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日

年 月 日生

※ 同意書は相談者すべての方につき1枚ずつ必要です