



上福岡総合病院

## セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者さま氏名）\_\_\_\_\_は本同意書を持参しました。

（ご相談者）

（患者さまとの続柄）

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、私の主治医宛での  
報告書が作成されることに同意します。

平成 年 月 日

患者さま氏名 \_\_\_\_\_ 印

大正・昭和・平成 年 月 日生

\*この相談同意書はセカンドオピニオン外来当日ご持参ください。