

長崎みなとメディカルセンター

セカンドオピニオン外来
相談同意書

私（患者様） _____ は、本同意書を持参しました
(ご相談者様) _____ に対して、貴院の専門医が、
私の疾患についての診断、治療内容及び今後の見通しについて第二の意見や判断を述べ、並びに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。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生年月日 (大正・昭和・平成・令和) _____ 年 _____ 月 _____ 日生

(患者様の氏名)

(印)