

公立能登総合病院

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） \_\_\_\_\_（患者との続柄）

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、私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

令和 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日（大・昭・平・令） \_\_\_\_\_ 年 月 日生

※セカンドオピニオン外来当日にお持ちいただき、ご提出ください。