セカンドオピニオン外来相談同意書

山口県立総合医療センター　御中

私（患者氏名）　　　　　　　　　　　　　は、

(相談者氏名）　　　　　　　　　（続柄）　　　　　に対して、貴院担当医師が

私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しについて意見や判断を述べ、

必要な場合には私の主治医宛に報告書が作成されることについて同意します。

令和　　年　　月　　日

署名

住所

連絡先電話番号