

(第2号様式)

北九州市立医療センターセカンドオピニオン外来

相談同意書

私(患者さん氏名) _____ は、本同意書を持参しました

(ご相談者①) _____ (続柄 _____)、

(ご相談者②) _____ (続柄 _____)、

(ご相談者③) _____ (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。

令和 年 月 日

生年月日(大正、昭和、平成) _____ 年 月 日生

(患者さん氏名) _____ 印

(注1)同意書の記入は患者さんの自筆でお願いします。(注2)相談者は本人を証明するもの(運転免許証、健康保険証等)をご持参ください。