

九州大学病院別府病院 セカンドオピニオン外来

相談同意書

私 (患者さんの氏名) _____ は、本同意書を持参しました
(ご相談者) _____ に対して、貴院担当医師が私の疾患に
ついでの診断及び治療内容、今後の見直しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治
医あての意見書が作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

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

(患者さんの氏名) _____ 印