

セカンドオピニオン外来相談同意書

私(患者氏名) _____ は、本同意書を持参しました、
相談者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
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、今後見通し等について、意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書が作成される
ことに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

南和広域医療企業団 南奈良総合医療センター院長 様

患者(署名)

氏名 _____ 印 _____
生年月日 (明治・大正・昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ ご相談者の方は、家族であることを証明できるもの(健康保険証、免許証等)を必ずご持参ください。

南和広域医療企業団 南奈良総合医療センター