

(ご家族のみで相談される場合は必要です)

済生会長崎病院セカンドオピニオン外来相談同意書

私(患者さん署名) _____ は、本日同意書を持参しました

相談者氏名 _____ 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

主治医宛で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 ・ 昭 ・ 平 ・ 令) 年 月 日生

患者さん氏名 _____ (印)

※ 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)を必ずご持参下さい。なお、ご記入頂きました個人情報についてはセカンドオピニオンの提供に利用するものであり、この目的以外には用いません。