

(様式2)

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 (ご相談者) _____ (続柄) _____ に
対して、貴院担当医師が、私の疾患についての診断を述べ、
私の主治医宛の報告書が作成されることに同意いたします。

令和 年 月 日

患者様氏名 _____ 印 _____

生年月日 (大・昭・平・令) 年 月 日

住所 _____

独立行政法人 国立病院機構 南京都病院長殿