

セカンドオピニオン外来 ご本人同意書

(ご相談者が、患者様ご本人でない場合は、必ず本同意書のご提出が必要となります)

社会医療法人小寺会 佐伯中央病院
院長 小寺 隆 殿

私 (患者様氏名) _____ は、本同意書を持参しました
(ご相談者氏名) _____ (続柄) _____ に対して
貴院医師が私の病状についての診断および治療内容、今後の見通し等につきまして
意見や判断を述べるとともに、その内容について私の主治医あての報告書が作成さ
れ、送付されることに対して全て同意いたします。

平成 年 月 日

患者様氏名 _____ 印

住 所 _____

連 絡 先 _____

※下線の箇所に患者様ご本人の直筆にてご記入下さい。

※相談者はご本人の続柄・身分を証明できるものが必要となりますのでご持参下さい。
(運転免許証、健康保険証など)

※ご相談者お一人につき、本同意書が1枚必要となります。