

セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者署名） _____ 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及び治療内容、今後の見通し等について、意見や助言を述べ、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

NTT 東日本伊豆病院長 殿

患者氏名 _____ ㊞

生年月日（大正・昭和・平成・令和） _____ 年 月 日生

※ ご相談の方が患者以外の場合は、本人が証明できるもの（健康保険証、免許証等）を必ず持参願います。