

(第2号様式)

## J R九州病院セカンドオピニオン外来

### 相談同意書

私(患者さんの氏名) \_\_\_\_\_ は本同意書を持参しました

(ご相談者 ①) \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )

(ご相談者 ②) \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )

(ご相談者 ③) \_\_\_\_\_ (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、今後の見通しにつきまして、意見や判断を延べ、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

生年月日(大正、昭和、平成) 年 月 日生

(患者さんの氏名) \_\_\_\_\_ 印

(注1) 同意書の記入は患者さんの直筆をお願いします。

(注2) 相談者は本人を証明するもの(運転免許証、健康保険証)をご持参ください。