

## セカンドオピニオン外来相談同意書

私は、貴院へ来院することが困難なため、本同意書を持参いたしました

(ご相談者) \_\_\_\_\_ に対して、貴院担当医師が、

私の疾患についての治療内容、今後の見通しなどにつきまして意見や判断を述べ、

貴院セカンドオピニオン医から、私の主治医宛てへ報告書が作成されることに

同意します。

平成 年 月 日

(患者氏名)

⑩

※予約当日は、来院される相談者を証明できるもの（健康保険証・免許証）を必ずご持参ください。

※複数あるいはご本人以外でご相談される場合は、代表者の方を必ずご記入ください。

※個人情報保護のため、本同意書をご持参いただいておりますが、患者さんが記載自体出来ない場合（がんの末期状態で手が動かない、認知症により理解ができないなど）については、この限りではありません。詳しくは患者総合支援センターまでご相談ください。

県立広島病院

コピーしてご利用ください