

九州がんセンターセカンドオピニオン外来
相談同意書

私（患者さん氏名）_____は、

以下の相談者に対して、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、意見や判断を述べ、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。

（ご相談者①）_____（続柄 _____）、

（ご相談者②）_____（続柄 _____）、

（ご相談者③）_____（続柄 _____）

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生年月日（大正、昭和、平成）_____ 年 _____ 月 _____ 日

（患者さん氏名）_____ 印

- （注意1）同意書の記入は患者さんの自筆をお願いします。
- （注意2）相談者は本人を証明するもの（運転免許証、健康保険証等）をご持参ください。控えをとらせていただきます。
- （注意3）相談者の記名の無い方、身分を証明するものをお持ちでない方は、セカンドオピニオンに同席して頂くことができませんので、ご了承ください。