国立病院機構鳥取医療センター　セカンドオピニオン外来

相 談 同 意 書

私（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参しました、

（ご相談者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）＿＿＿＿に対して、貴院担当医師が

私の疾病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、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。

平成　　年　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日（明治・大正・昭和・平成）　　年　　月　　日生