

国立病院機構 浜田医療センター
セカンドオピニオン外来相談同意書

私は、貴院へ来院する事が困難なため、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、私の主治医宛へ報告書が作成される事に同意いたします。

平成 年 月 日

患者氏名 印

- ※予約当日は来院されるご相談者を証明できるもの（健康保険証・免許証）を必ず持参ください。
※複数の方がご相談に訪れる場合は代表者の方をご記入ください。
※個人情報保護のため本同意書をご持参戴いておりますが、患者様が記載自体が出来ない場合
（がんの末期状態で手が動かない、認知症により理解が出来ないなど）についてはこの限りでは
ございません。詳しくは地域医療連携室までご相談ください。