

# 久留米大学病院

## セカンドオピニオン外来相談同意書

私、(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、  
\_\_\_\_\_  
(相談者) \_\_\_\_\_ に対して、貴院担当医師が  
私の病気についての診断および治療内容、今後の見通しについて、  
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。

西暦 年 月 日

生年月日 (大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印