

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