

年 月 日

独立行政法人国立病院機構
長崎医療センター 殿

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

(相談者) _____ (患者との続柄; _____) に対して、

貴院担当医師が自分の疾患について、現在治療を受けている主治医の

診断および治療内容、今後の見通し等について意見や判断を述べること

及び主治医あての報告書が作成され、返送されることに同意いたします。

年 月 日

生年月日 (大正・昭和・平成) _____ 年 月 日生

患者氏名 _____ 印