

セカンドオピニオン外来 相談同意書

私（患者様氏名）_____は、本同意書を持参しました
（ご相談者氏名）_____（続柄：_____）が
貴院担当医師から私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通し
などについて意見や判断、他の治療方法等について説明を受けること、
及び診療情報を提供した私の主治医あてに報告書を作成されることに同
意します。

令和 年 月 日

熊本大学病院長 殿

患者様氏名 _____ ㊞

生 年 月 日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

※親族等氏名 _____ ㊞

※患者様との続柄 _____

（※患者様本人が未成年者、又は親族等の同意が必要な場合に記載してください。）