

セカンドオピニオン外来 ご本人同意書

(相談者が、患者様ご本人でない場合は、必ず本同意書のご提出が必要となります)

社会医療法人小寺会 佐伯中央病院
院長 小寺 隆元 殿

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) _____ に対して

貴院医師が私の病状についての診断および治療内容、今後の見通し等につきまして
意見や判断を述べるとともに、その内容について私の主治医宛ての報告書が作
成され、送付されることに対して全て同意いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様氏名(自署) _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

※下線の箇所に患者様ご本人の直筆にてご記入下さい。

※ご相談者はご本人の続柄・身分を証明できるものが必要となりますのでご持参下さい。

(運転免許証・健康保険証等)

※ご相談者お一人につき、本同意書が1枚必要となります。