

セカンドオピニオン外来相談同意書

岩手県立宮古病院長 殿

私は、下記の者が相談者として貴院でのセカンドオピニオンを受けることに同意します。

また、相談者がセカンドオピニオンに必要な私個人の診療情報を貴院へ提供することおよび貴院担当医師がその情報に基づいた意見等を相談者に伝え、その報告書を紹介元の主治医に提供することについても併せて同意いたします。

令和 年 月 日

《ご相談者》

住所 _____

氏名 _____

《患者様》

住所 _____

氏名 _____ 印