

独立行政法人国立病院機構 まつもと医療センター

セカンドオピニオン 同意書

私（患者様氏名）_____は、まつもと医療センターに

セカンドオピニオンを依頼いたします。

また、私の代理として 本同意書を持参しました

（ご相談者氏名）_____（続柄）_____に対し

貴院担当医師が、私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しにつきまし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。

年 月 日

患者様氏名（自署）_____ ⑩

生年月日（大正・昭和・平成）_____年 月 日生