

セカンドオピニオン外来相談同意書

平成 年 月 日

独立行政法人
国立病院機構高知病院病院長 殿

私（患者様氏名） _____ は、本同意書を持参いたしました

下記の者に対して、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、意見や診断及び治療法等について述べる事に同意いたします。

また、私の主治医宛て貴院担当医師が報告書を作成されることに同意いたします。

なお、今回の相談内容が、相談者等を介して情報漏洩するなど不測の事態が生じた場合は
責任の所在は私本人と相談者にあることを了承いたします。

（ 相 談 者 氏名） _____ （続柄・間柄） _____

（ 同 席 者 氏名） _____ （続柄・間柄） _____

（ 同 席 者 氏名） _____ （続柄・間柄） _____

住 所 _____

生年月日（大正・昭和・平成） _____ 年 _____ 月 _____ 日生

氏 名（患者氏名・自署） _____ 印 _____

（代筆者氏名 _____ 印 _____）