福山市民病院

セカンドオピニオン外来同意書

私（患者名前）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、この同意書を持参した

（相談者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）＿＿＿＿＿＿に対し、

貴院担当医師が私の疾病についての診断および治療内容、今後の

見通し等について意見や判断を述べ、私の主治医宛ての報告書が

作成されることに同意します。

年　　月　　日

患　者　名　前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者保護者名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（※患者さまが未成年の場合にご記入ください。）

記入いただいた個人情報は、セカンドオピニオンの提供に利用するものでありこの目的以外には使用しません。