

## セカンドオピニオン外来相談同意書

公立大学法人福島県立医科大学附属病院長 殿

私（患者さま氏名）\_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました

（ご相談者）\_\_\_\_\_ に対して、貴院担当医師が私の

疾患に関する現在の主治医の診断および治療内容等について意見や判断を述べ、私の主治医

あてに報告書が作成されることに同意します。

年 月 日 患者さま氏名（署名または記名押印）\_\_\_\_\_

生年月日 明・大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

患者さまが未成年者の場合

親権者氏名（署名または記名押印）\_\_\_\_\_