

九州大学病院セカンドオピニオン外来

相談同意書

私(患者様の氏名) _____ 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
ついで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
主治医あての意見書を作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

生年月日(大正、昭和、平成) 年 月 日生

(患者様の氏名) _____ 印