岩手医科大学附属病院セカンドオピニオン外来相談同意書

私〔患者氏名〕＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参しました〔ご相談者〕＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対し、貴院担当医師が私の疾患について専門的な医師の意見を述べ、私の主治医あての報告書（セカンドオピニオン結果通知書）が作成されることに同意いたします。

年　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　年　　月　　日生

※受診は原則として患者様ご本人ですが、ご本人が来院できずご家族が来院する場合は、この同意書を記入し持参して下さい。