東広島医療センター　セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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、私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

年　　月　　日

生年月日（大正・昭和・平成・令和）　　年　　月　　日　生

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

患者保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

＊　患者さんが未成年者の場合に記入ください。

※予約当日は来院されるご相談者を証明できるもの(健康保険証・免許証)を必ず持参下さい。
※複数の方がご相談に訪れる場合は代表者の方をご記入ください。
※個人情報保護のため本同意書をご持参いただいておりますが、患者様が記載自体が出来ない場合（がんの末期状態で手が動かせない、認知症により理解できないなど）についてはこの限りではございません。詳しくは地域医療連携室までご相談ください。