東広島医療センター セカンドオビ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 

 生年月日(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 生







\*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人ください。

※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 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。