

独立行政法人国立病院機構
長崎川棚医療センター
院長 植木 俊仁 殿

セカンドオピニオン外来 相談受診同意書

私 _____ (患者氏名) は、本同意書を持参しました
相談者 _____ (続柄: _____) に対して、
貴院担当医師が私の疾患について、現在治療を受けている主治医の診断や
治療内容、今後の見通しについて意見や判断を述べること及び、主治医宛ての
報告書が作成・返送されることに同意します。

令和 年 月 日

患者氏名: _____ 印