

(様式 2)

セカンドオピニオン外来同意書

黒部市民病院 院長 宛て

私は、この同意書を持参した下記の者に、貴院担当医師が私の病状に関する意見や説明を行うこと及び今回の相談内容を診療情報提供書にて現在の主治医に報告することに同意します。

令和 年 月 日

患者様の住所

氏名

生年月日

年 月 日生

同意を与えたご家族

住所

氏名

生年月日

年 月 日生

患者様との続柄