

地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館

セカンドオピニオン外来相談同意書

私、（患者様氏名 _____）は、
以下のセカンドオピニオンの相談者に対して、貴館担当医師が私の疾患についての診断及び
治療内容、今後の見通しについて意見や判断を述べて、私の主治医宛の報告書が作成される
ことに同意します。

（ご相談者① _____（続柄 _____））

（ご相談者② _____（続柄 _____））

（ご相談者③ _____（続柄 _____））

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生年月日（大正 昭和 平成 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日）

（患者様氏名） _____

⑩