**国立病院機構大分医療センター　セカンドオピニオン外来**

**相談同意書**

私（患者様氏名）　　　　　　　　　　　　　　は、本同意書を持参しました

（ご相談者）　　　　　　　　　　　　　　に対して、貴院担当医師が私の疾

患についての診断および治療内容、今後見通しにつきまして、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いたします。

　　　年　　　月　　　日

生年月日（大正、昭和、平成）　　　　年　　　月　　　日生

（患者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印