甲南医療センター　セカンドオピニオン相談同意書

私（患者本人氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本承諾書を持参しました

（来院者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄（　　）に

対して、貴院の医師が私の疾患に関する診断や治療方法などについて意見（セカンドオピニオン）を述べることを承諾します。

なお、セカンドオピニオンを受けることにつき、セカンドオピニオンに必要な私個人の診療情報等を甲南医療センターの医師に提供すること、及びその情報に基づいた意見を甲南医療センターの医師が上記の来院者に伝え、その報告書を紹介元の主治医に提供することについても、あわせて承諾します。

年　　月　　日

公益財団法人甲南会甲南医療センター院長様

患者住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

生年月日：（ 大正　昭和　平成　令和　西暦 ）　　年　　月　　日