

セカンドオピニオン外来相談同意書

私は、貴院担当医がこの同意書を持参した下記の者に対し、私の疾患に関する診断内容や今後の治療方針等について意見や判断を述べ、私の主治医あてに文書で報告することに同意します。

令和 年 月 日

住所

生年月日（大正・昭和・平成・令和） 年 月 日

患者様の氏名

【同意を与えたご家族】

住所

生年月日（大正・昭和・平成・令和） 年 月 日

ご家族の氏名

患者様との続柄

富山赤十字病院長 殿

相談者は身分を証明できるもの（資格確認書・マイナンバーカード等）を必ず持参ください。