

大分大学医学部附属病院 セカンドオピニオン外来
相 談 同 意 書

私（患者さん） _____ は、本同意書を持参しました
(ご相談者の方) _____ に対して、貴院の専門医が、
私の疾患についての診断、治療内容及び今後の見通しについて第二の意見や判断を述べ、並びに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。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生年月日 (大正・昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日生

(患者さんの氏名)

(印)
