

# 九州がんセンターセカンドオピニオン外来

## 相談同意書

私（患者さん氏名）\_\_\_\_\_は、

以下の相談者に対して、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、今後の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。

（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）\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

（患者さん氏名）\_\_\_\_\_ 印

- （注意1）同意書の記入は患者さんの自筆をお願いします。
- （注意2）相談者は本人を証明するもの（運転免許証、健康保険証等）をご持参ください。控えをとらせていただきます。
- （注意3）相談者の記名の無い方、身分を証明するものをお持ちでない方は、セカンドオピニオンに同席して頂くことができませんので、ご了承ください。