セカンドオピニオン相談同意書

私（患者様名：　　）は、本同意書を持参しました相談者（　　）（続柄：　　）に対し、貴院担当医師が、私の疾患についての診断及び治療内容、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ついて同意いたします。

平成　　年　　月　　日

独立行政法人地域医療機能推進機構
宮崎江南病院　病院長 殿

住　　所

生年月日（大・昭・平）　　年　　月　　日生

患者様氏名（自筆）　　㊞