熊本労災病院セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、

私の病状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熊本労災病院にセカンドオピニオンを依頼します。

なお、（相談者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）＿＿＿＿＿＿に対して、基院担当医師が私の疾患につい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。

令和　　年　　月　　日

患者様ご署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日（Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ）　　年　　月　　日生

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊　この同意書に記入された個人情報については、当院のセカンドオピニオン外来に関すること以外の目的には使用いたしません。