セカンドオピニオン外来同意書

高知県立あき総合病院長　様

私（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参した

（相談者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）＿＿＿＿＿＿＿に対して、

貴院担当医師が、私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しについて意見や判断、他の治療方法などについて述べ、診療情報を提供した私の主治医あてに報告書を作成されることに同意します。

なお、同意した相談者を介し情報漏洩などの不測の事態が生じた場合の責任は、私本人と相談者にあることを承知いたします。

令和　　年　　月　　日

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名（患者本人）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日（大正・昭和・平成・令和）　　年　　月　　日生