セカンドオピニオン外来相談同意書

令和　　年　　月　　日

高知医療センター病院長　小野　憲昭　様

私（患者さん氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参しました（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、今後の見通しにつきまして、意見や診断、治療法について述べ、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、今回の相談内容が、相談者を介して漏洩するなど不測の事態が生じた場合は、責任の所在は私本人と相談者にあることを了承いたします。

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日（大正・昭和・平成）＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日生

氏　名（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿