

愛媛労災病院セカンドオピニオン外来相談同意書

私(患者署名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました

相談者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者との続柄( \_\_\_\_\_ )に対して、愛媛労災病院担当医師が私の疾患についての治療内容及び診断、今後の見通し等につきまして、意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

愛媛労災病院長 殿

患者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日(明治・大正・昭和・平成) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

※本人が未成年もしくは署名できない場合

代理人 \_\_\_\_\_ (印)

※ご相談の方が患者以外の場合は、本人が証明できるもの(健康保険証、運転免許証等)を必ず持参をお願いします。