

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） _____