

九州大学病院セカンドオピニオン外来

相談同意書

私(患者様の氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました  
(ご相談者) \_\_\_\_\_ (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  
判断を述べ、私の主治医あての意見書を作成されることに同意いたします。

令和      年      月      日

生年月日(大正、昭和、平成、令和)      年      月      日生

(患者様の氏名) \_\_\_\_\_