

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) _____ に対して、貴院担当医師が私の疾患に

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が作成されることに同意いたします。

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) _____