

(本人様以外の方の相談の場合)

日本赤十字社長崎原爆病院 セカンドオピニオン外来相談同意書

私は、貴院担当医師がこの同意書を持参した下記の者に対し、私の疾患についての診断、今後の治療方針について意見や判断を述べること及び私の主治医あてに今回の意見、判断をふまえた報告がなされることに同意します。

令和 年 月 日

住所

生年月日

患者様の氏名

印

(同意を与えた方)

住所

生年月日

氏名

患者様との関係

日本赤十字社長崎原爆病院 院長殿

相談者は身分を証明できるもの（健康保険証等をご持参ください）