国立病院機構南岡山医療センター　セカンドオピニオン外来

相談同意書

※（来院者が患者以外の場合）

私（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参した

（来院者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）＿＿＿＿＿＿＿に対して、

貴院の担当医師が私の疾病についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べることに同意いたします。

なお、セカンドオピニオンを受けることにつき、セカンドオピニオンに必要な私個人の診療情報などを南岡山医療センターの医師に提供すること、及びその情報に基づいた意見を南岡山医療センターの医師が上記の来院者に伝え、その報告書を紹介元の主治医に提供することについても、あわせて同意します。

令和　　年　　月　　日

独立行政法人国立病院機構南岡山医療センター院長殿

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日：大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日 生

いずれかを〇で囲んでください

代筆者氏名（続柄）　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

代諾者等氏名（続柄）　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

※患者氏名欄は可能な限り自筆にてご記入ください。患者さんが記入できない場合、代筆される方が患者氏名欄、代筆者氏名欄をご記入ください。

※患者さんの意思表示が難しい場合、代諾者（後見人、親権者等）の方が、患者氏名欄・代諾者氏名欄にご記入ください。