

セカンドオピニオン 相談同意書

私 _____ は、本同意書を持参しました

_____ (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、今後の見通し等について意見や判断を述べ、私の主治医にあてた報告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

_____ (患者ご氏名)

⑩

～確認事項～

※ 個人情報保護のため、患者さまご本人署名の上、本同意書をご持参頂いておりますが、患者さまの病状や状況（がんの末期状態で手指が動かない、認知症により理解が困難）により、ご自身による記述が困難である場合は、この限りではありません。

広島赤十字・原爆病院