セカンドオピニオン外来相談同意書

釧路赤十字病院長　様

私は、貴院へ来院する事が困難なため、本同意書を持参いたしました（ご相談者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、貴院担当医師が私の疾患についての治療内容、今後の見通しなどにつきまして意見や判断を述べ、貴院セカンドオピニオン医から、私の主治医宛へ報告書が作成される事に同意いたします。

年　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※予約当日は来院されるご相談者を証明できるもの（健康保険証・免許証）を必ず持参ください。
※複数の方がご相談に訪れる場合は代表者の方をご記入ください。
※個人情報保護のため本同意書をご持参頂いておりますが、患者さん本人が記載出来ない場合（がんの末期状態で手が動かない、認知症により理解が出来ないなど）についてはこの限りではございません。詳しくは地域医療連携室までご相談ください。