

国立病院機構佐賀病院 セカンドオピニオン外来

## 相 談 同 意 書

私（患者様氏名） \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました

（ご相談者） \_\_\_\_\_ （続柄） \_\_\_\_\_ に対して、貴院担当

医師が私の疾病についての診断及び治療内容、今後の見通し等につきまして、意見や判断を述べ、報告書が作成されることに同意いたします。

国立病院機構佐賀病院長 様

平成 年 月 日

生年月日 \_\_\_\_\_（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日生

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 印