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

令和　　年　　月　　日

生年月日　（大正・昭和・平成・令和）　　年　　月　　日生

患者様氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印