

セカンドオピニオン外来

相 談 同 意 書

佐賀大学医学部附属病院長 様

私（ご相談者氏名）_____は、

本人（患者様）の（続柄）_____として、

本人が判断不可能な状態であるとの主治医の判断のもとに、本人との関係を証明する書類を提出し、本人の病状についての診断および治療内容、今後の見通しについて、貴院担当医師が意見や判断を述べることに同意いたします。また、本人の主治医あてに報告書を作成されることも併せて同意いたします。

令和 年 月 日

患者様氏名 _____

生年月日（大正・昭和・平成・令和） 年 月 日生

ご相談者署名 _____ 印