静岡県立こども病院

セカンドオピニオン外来相談同意書

静岡県立こども病院長 殿

私（患者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　は、

（相談者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）　　　　　　　　　　　に、

私の疾患についての治療内容および診断、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、

私の主治医宛の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（　昭　・　平　・　令　）　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日生

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　.