藤沢湘南台病院　セカンドオピニオン　相談同意書

私（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、貴院の医師が本同意書を持参しました来院者（来院者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、私の疾患に関する診断や治療方法などについて意見（セカンドオピニオン）を述べることに同意します。

なお、セカンドオピニオンを受けることにつき、セカンドオピニオンに必要な私個人の診療情報等を「藤沢湘南台病院」の医師に提供すること、及びその情報に基づいた意見を「藤沢湘南台病院」の医師が上記の来院者に伝え、その報告書を紹介元の主治医に提供することについても、あわせて同意します。

藤沢湘南台病院 院長 殿

年　　月　　日

患者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印