愛媛労災病院セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者署名）　　は、本同意書を持参しました
相談者氏名　　生年月日　　年　　月　　日
患者との続柄（　　）に対して、愛媛労災病院担当医師が私の疾患についての治療内容及び診断、今後の見通し等につきまして、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します。

令和　　年　　月　　日

愛媛労災病院長　殿

患者氏名　　㊞
生年月日（　明治・大正・昭和・平成・令和　）　　年　　月　　日生

※本人が未成年もしくは署名できない場合
代理人　　㊞

※ご相談の方が患者以外の場合は、本人が証明できるもの（健康保険証、運転免許証等）を必ず持参お願いします。