

神戸中央病院

セカンドオピニオン同意書

私は、神戸中央病院にセカンドオピニオンを依頼いたします。

また、私（患者さま氏名）_____は、本同意書を持参しました

（相談者さま氏名）_____（続柄）_____に対して、貴院担当医が

私の疾患についての診断及び治療内容などについ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致します。

神戸中央病院 殿

令和 年 月 日

患者さま署名 _____ (印)

住所 _____

電話番号 _____

※相談者は患者さまとの続柄を示す書類等を持参の上、ご来院ください