

鳥取赤十字病院 セカンドオピニオン同意書

私 (患者氏名) は、貴院の医師が本承諾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「鳥取赤十字病院」の医師に提供すること、及びその情報に基づいた意見を「鳥取赤十字病院」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。

平成 年 月 日

鳥取赤十字病院長 様

患者住所 : _____

患者氏名 : _____ (印)
(生年月日 : (大正、昭和、平成) 年 月 日)