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。

年　　月　　日

鳥取赤十字病院長　様

患者住所　　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名　　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（生年月日：（大正、昭和、平成）　　年　　月　　日）