

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、令和)年.....月.....日)