

福岡大学病院
セカンドオピニオン外来

同意書

私（患者氏名）_____は、本同意書を持参しました（相談者）_____に対して、貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医宛に報告書が作成されることに同意いたします。

令和 年 月 日

生年月日（大正、昭和、平成、令和） 年 月 日生

（患者氏名）_____ 印 _____

※同意書の記入は患者さんの自筆でお願いします。

※ご家族でも同意書をお持ちでない場合は、受診できません。