

北九州病院グループ

セカンドオピニオン外来 相談担当医 殿

セカンドオピニオン外来 相談同意書

私、 _____ は、私の _____ にあたる
 _____ (歳) が、私の現状について
の診断あるいは治療に関して、北九州病院に、セカンドオピニオン
を求めて相談に行くことに同意します。私の病状について、包み隠
さず説明していただいても結構で、後日問題にすることはありませ
ん。

年 月 日

ご住所 _____

ご氏名 _____ 印