

国立病院機構 大阪南医療センター セカンドオピニオン外来
相談同意書

私 (患者氏名) は、本同意書を持参しました
(ご相談者) (続柄) に対して、貴院担当
医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しについま
して、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに
同意いたします。

年 月 日

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生

(患者様氏名) ⑩

※ 当書類に記載された個人情報については、当センターの個人情報保護方針に基づいて
適切に処理いたします。