

## 大牟田市立病院セカンドオピニオン相談同意書

大牟田市立病院長 殿

私（患者さま氏名）\_\_\_\_\_は、本同意書を持参いたしました

（ご相談者氏名）\_\_\_\_\_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方法等の判断を述べ、私の主治医あての報告書を作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

患者様ご署名 \_\_\_\_\_ 印

生 年 月 日

（明治、大正、昭和、平成、西暦） 年 月 日生