

セカンドオピニオン同意書

(患者さんの氏名)

(相談者の氏名)

私 _____ は、 _____ に貴院担当医師が
私の病状について、主治医の診療情報提供書に基づいた意見や判断を相談者に伝
え、主治医にその報告書を提出することについて同意いたします。

令和 年 月 日

新潟県立リウマチセンター院長 殿

ご署名 _____ (印)

住 所 _____

連絡先電話番号 _____