

独立行政法人国立病院機構盛岡医療センター
セカンドオピニオン外来 相談同意書

国立病院機構盛岡医療センター病院長 殿

私は、盛岡医療センターのセカンドオピニオン外来を別紙の申込書により申し込み、担当医師が疾患についての診断および治療内容や今後の見通しにつきまして意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書を作成することに同意いたします。

年 月 日 患者さん氏名

同席者氏名

(患者さんとの続柄)

同席者氏名

(患者さんとの続柄)

同席者氏名

(患者さんとの続柄)