

## セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者氏名）\_\_\_\_\_は

\_\_\_\_\_  
（相談者氏名）\_\_\_\_\_（続柄）\_\_\_\_\_に対して

貴センター担当医師が私の疾患についての診断、診療内容及び治療方針

について意見・判断を述べ、報告書が作成されることに同意します。

令和 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

独立行政法人国立病院機構  
神戸医療センター院長 殿

担当者：地域医療連携係長  
TEL 078-791-0111 内線（1268）  
FAX 078-795-6591