

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