

セカンドオピニオン外来同意書

国立病院機構やまと精神医療センター
セカンドオピニオン担当医 殿

私（患者様氏名：_____）は、この同意書を持参した
相談者（氏名：_____ ご関係：_____）が、私の疾病に
ついてのセカンドオピニオンを受けることに同意いたします。

平成 年 月 日

患者様ご氏名：_____ ㊞
生年月日 大・昭・平 年 月 日生

（注）患者様ご本人が、セカンドオピニオン外来を受ける場合は、この同意書は
不要です。