

セカンドオピニオン相談同意書

独立行政法人
労働者健康安全機構
岡山労災病院長 殿

私（患者氏名） _____ は、本同意書を持参した（依頼者） _____ が、私の家族であり、私の疾患に関してセカンドオピニオンを受け専門医の診断および治療内容や予後についての意見や判断を述べ、私の主治医に報告書が作成されることについても同意いたします。

令和 年 月 日

患者住所

患者氏名 _____ ㊞