

【 セカンドオピニオン 】

同 意 書

令和 年 月 日

北海道中央労災病院長 殿

このたび貴院においてセカンドオピニオン外来で相談を受けるにあたり、
以下の内容に同意いたします。

1. 現在受診中の病院に対する苦情、訴訟等の目的には使用いたしません。
2. 貴院セカンドオピニオン担当医師が、診断及び治療内容、今後の見通しにつき意見判断を述べ、現在受診中の主治医宛に報告書が作成されることに同意いたします。

（生年月日）（明・大・昭・平） 年 月 日生（ 才）

（患者さんご本人氏名）※自署 ㊞

（代理人氏名）※自署 ㊞

ご本人との関係

主治医 病院

科 ㊞

北海道中央労災病院 地域医療連携室