

< 相 談 同 意 書 >

岡山赤十字病院院長 實金 健 殿

私(患者さん氏名)_____は、岡山赤十字病院セカンドオピニオン外来を受診することに同意し、本同意書を提出します。

私または(ご相談者氏名)_____ (続柄:_____)が、貴院担当医師から私の疾患についての診断および治療、今後の見通しなどについて、意見や判断を聞くことに対して同意いたします。

なお、以下の行為は貴院担当医師の許可を得ずには行いません。

- (1)説明の際に受け取った資料を第三者(紹介元医療機関を除く)へ提出すること。
- (2)相談中に相談内容を録音すること。

令和 年 月 日

患者さんの氏名 _____ ⑩

生年月日(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生

患者さん親権者氏名 _____ ⑩