

<様式3> (家族等による相談の場合に持参していただく同意書)

徳島県立三好病院セカンドオピニオン外来委任同意書

私 (患者氏名) _____ は、本同意書を持参しました

(相談者氏名) _____ (続柄) _____ に対して、

貴院担当医師が、私の疾患についての診断及び治療内容について、意見や判断について述べ、診療情報を提供した私の主治医あてに、報告書を作成されることに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

徳島県立三好病院長 殿

住 所

氏 名(患者本人)

生年月日 (昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日
