

セカンドオピニオンに関する同意書

令和 年 月 日

新潟県立中央病院 院長 様

私（患者さん氏名） _____ は、（相談者） _____

に、私の病状に関する情報、検査資料などを持参させ、新潟県立中央病院の医師に対して
セカンドオピニオンを求めること及びこれらに基づいた意見を新潟県立中央病院の医師
が相談者に伝え、その報告書を主治医に提供することについても、併せて同意します。

本人(患者さん自身)

住所 _____

氏名 _____ 印 _____