

セカンドオピニオン外来同意書

大分赤十字病院

院長 福澤 謙吾 殿

本同意書を持参しました

（ご相談者） （続柄） が、

大分赤十字病院セカンドオピニオン外来を受診し、私の病態などについての意見を求めることに同意します。

令和 年 月 日

生年月日（大正・昭和・平成） 年 月 日生

（患者氏名） （印）