

広島大学病院セカンドオピニオン同意書

私（患者氏名）_____は、この同意書を持参した

（相談者）_____（続柄）_____に対し、

貴院担当医師が私の疾病についての診断および治療内容、今後の見通し等について
意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

年 月 日

生年月日（明治・大正・昭和・平成・令和） 年 月 日 生

患者氏名 _____ 印

患者保護者氏名 _____ 印

* 患者さんが未成年者の場合に記入ください。

* 記入いただいた個人情報は、セカンドオピニオンの提供に利用するものであり、この目的以外には用
いません。