

(様式2)

北見赤十字病院セカンドオピニオン 相談同意書

私(患者様氏名) _____ は、本同意書を持参しました、
_____ 相談者 _____ (患者様との続柄 _____) _____ に対
して、北見赤十字病院担当医師が私の疾患についての治療内容および診断、今
後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成
されることに同意いたします。

年 月 日

患者様氏名 _____ 印 _____

生年月日(明・大・昭・平・令) _____ 年 月 日生

北見赤十字病院 地域医療連携室