

(様式3)

青森労災病院セカンドオピニオン外来同意書

私は、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、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医あての診療情報提供書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

青森労災病院長 殿

(患者さん本人がご署名願います)

本人氏名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日生 _____ 歳

住 所 _____

(患者さん以外の相談者)

氏名 _____ 印 患者さんとの続柄 _____

生年月日 _____ 年 月 日生 _____ 歳

住 所 _____

- *ご本人が来院されない場合でも原則ご本人のご署名と捺印が必要です。
- *ご家族の方のみご来院になる場合は、身元を証明出来るもの(運転免許証・健康保険証等)を必ずご持参ください。

青 森 労 災 病 院