

## 東北労災病院セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者署名）\_\_\_\_\_は、本同意書を持参しました。

相談者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

患者との続柄（ \_\_\_\_\_ ）に対して、東北労災病院担当医師が私の疾患についての治療内容及び診断、今後の見通し等につきまして、意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意いたします。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

東北労災病院 院長 殿

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

※ご相談の方が患者以外の場合は、本人が証明できるもの（マイナンバーカード、資格確認書、免許証等）を必ず持参願います。