

兵庫県立丹波医療センター _____ 科 セカンドオピニオン同意書

兵庫県立丹波医療センター
セカンドオピニオン担当医師 様

今回のセカンドオピニオンにおいて、
私(患者本人氏名) _____ は、個人情報の取扱いについて、以下の事項を確認の上、同意します。

- 1 紹介元医療機関が、相談に必要な私個人の診療情報を県立丹波医療センターの医師に提供すること。
- 2 セカンドオピニオンにおける相談結果を紹介元医療機関の主治医に診療情報として提供すること。
- 3 (患者様本人が、来院できない場合)
上記1の情報に基づき、丹波医療センターの医師が、(代理受診者氏名) _____ に私の疾患に関する病状、診断、治療方法などを伝えること。

令和 年 月 日

患者本人氏名(自署)

(生年月日 大・昭・平・令 年 月 日)

代筆者氏名(自署)

(続柄)

* 同意書に患者様が記入できない場合は、代筆者が記入し、代筆者氏名欄に署名願います。