

ご家族が受診される時の同意書

京都府立医科大学附属北部医療センター 病院長 様

年 月 日

私は、下記の者に私の病状に関する主治医の診療情報提供書、病状に関する資料等を持参させ、京都府立医科大学附属北部医療センターの医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意します。

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

電話番号 _____

記

相談者（セカンドオピニオンを求める者）

氏 名 _____ 続柄 _____

氏 名 _____ 続柄 _____

氏 名 _____ 続柄 _____

氏 名 _____ 続柄 _____

注1 _____の箇所に本人の直筆で記入をお願いします。

注2 相談者は本人を証明するもの（運転免許証、保険証等）をご持参ください。