釧路労災病院セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者様ご署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参しました

相談者氏名　　生年月日　大・昭・平・令　　年　　月　　日生

私（患者様）との続柄（　　）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、今後の見通し等について、意見・判断を述べ、私（患者様）あての報告書が作成されることに同意いたします。

令和　　年　　月　　日

独立行政法人労働者健康安全機構　釧路労災病院長　様

（患者様のご署名）

氏名　　印

生年月日：大・昭・平・令　　年　　月　　日生

※ ご相談者は、ご家族であることを証明できるもの（健康保険証など）を必ずご持参願います。
※ 上記内容に記載漏れ・不備等がある場合は、受付できませんので、予めご了承願います。

受　付