九州労災病院　セカンドオピニオン外来

相 談 同 意 書

私は、　　年　　月　　日　（相談日）
に行われる私の病状についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、
九州労災病院にセカンドオピニオンを依頼いたします。

また、私の代理人として、本同意書を持参しました
（ご相談者氏名）
に病状等の内容について話をすることに同意いたします。

平成　　年　　月　　日

代理人　住　　所
　　氏　　名
　　患者様との関係

患者様　住　　所
　　連絡先電話番号
　　署　　名　　㊞