（別紙5）

国立病院機構敦賀医療センター　セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者氏名）　　は、本同意書を持参しました（相談者）　　（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資料内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医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

生年月日（明治・大正・昭和・平成・令和）　　年　　月　　日生

（患者氏名）　　印