国家公務員共済組合連合会
佐 世 保 共 済 病 院 長　殿

国家公務員共済組合連合会　佐世保共済病院セカンドオピニオン外来
相　談　同　意　書

私（患者様の氏名）　　は、　本同意書を持参しました（ご相談者）　　に対して、貴院の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。

平成　　年　　月　　日

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（TEL　　）

患者様の氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日（大正・昭和・平成）　　年　　月　　日