

別紙様式2

セカンドオピニオン同意書

平成 年 月 日

新潟県立リウマチセンター院長 様

(患者氏名)

(相談者氏名)

私 は、 に、私の病状に関する主治医の紹介状、病状に関する資料等を持参させます。新潟県立リウマチ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、およびこれらに基づいた意見を新潟県立リウマチセンターの医師が相談者に伝え、その報告書を主治医に提供する事について同意します。

患者本人

住所

氏名

印