

国立精神・神経医療研究センター病院

セカンドオピニオン外来同意書

国立精神・神経医療研究センター病院

セカンドオピニオン外来 担当医 殿

私(患者さんご本人)

は、この同意書を持参した

相談者(氏名:

ご関係:

)が、

私の病気についてセカンドオピニオンを受ける事を承諾します。

年 月 日

患者さん氏名 :

印

生 年 月 日:

年

月

日生