

兵庫県立がんセンター セカンドオピニオン承諾書

私（患者氏名）_____は、貴院の医師が本承諾書を持
参しました（来院者氏名）_____に対して、私の疾患に
関する診断や治療方法などについて意見（セカンドオピニオン）を述べるこ
とを承諾します。

なお、セカンドオピニオンを受けることにつき、セカンドオピニオンに必
要な私個人の診療情報等を「がんセンター」の医師に提供すること、及びそ
の情報に基づいた意見を「がんセンター」の医師が上記の来院者に伝え、そ
の報告書を紹介元の主治医に提供することについても、あわせて承諾します。

平成 年 月 日

兵庫県立がんセンター院長 様

患者住所 : _____

患者氏名 : _____

(生年月日:(大正、昭和、平成) 年 月 日)