セコンドオピニョン外来同意書

私患者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、保護者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に委託し、私の病気についてのすべての情報を開示し、コンサルタント：覚道健一にセコンドオピニョンを求めます。私の患者情報保護につき、その取り扱いは万全の配慮を希望いたします。しかし私の患者情報が、教育的目的や学術的目的に使用される場合にはこれを認めます。

平成　　年　　月　　日

患者氏名 ：　　印

保護者氏名：　　印