

久留米大学医療センター

乳腺病理セカンドオピニオン外来相談同意書

私、(患者氏名) _____ は、

(相談者) _____ に対して、貴院担当医師が
私の疾患についての診断および病態の理解について、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

生年月日 (大正・昭和・平成) _____ 年 月 日生

患者氏名 _____ 印