

釧路労災病院セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者様ご署名）_____は、本同意書を持参しました

相談者氏名 _____ 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生

私（患者様）との続柄（ _____ ）に対して、貴院担当医師が私の疾患についての
診断及び治療内容、今後の見通し等について、意見・判断を述べ、私（患者様）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

独立行政法人労働者健康安全機構 釧路労災病院長 様

（患者様のご署名）

氏名 _____ 印 _____

生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日生

※ ご相談者は、ご家族であることを証明できるもの（健康保険証など）を必ずご持参願います。
※ 上記内容に記載漏れ・不備等がある場合は、受付できませんので、予めご了承願います。

