北九州病院グループ
　セカンドオピニオン外来　相談担当医　殿

セカンドオピニオン外来　相談同意書

私、　　は、私の　　にあたる
（　　歳）が、私の現状についての診断あるいは治療に関して、北九州病院に、セカンドオピニオンを求めて相談に行くことに同意します。私の病状について、包み隠さず説明していただいても結構で、後日問題にすることはありません。

年　　月　　日

ご住所

ご氏名　　印