

## オンラインセカンドオピニオン同意書

西暦 年 月 日

新潟県立がんセンター新潟病院長 様

私、(患者さんの氏名) \_\_\_\_\_ ) は、(相談者) \_\_\_\_\_ )

に、私の症状等に関する主治医の紹介状、症状に関する資料を持参させ、新潟県立がんセンター新潟の医師に対してオンラインセカンドオピニオンを求めること及びこれらに基づいた意見を新潟県立がんセンター新潟の医師が相談者に伝えること、またその報告書を主治医に提供することについて同意します。

本人 (患者さん本人)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印