

セカンドオピニオン外来 相談同意書

私(患者さま氏名) _____ は、
私の病状についての治療内容、今後の見通し等について、セカンドオピ
ニオンを依頼致します。

また、代理人(相談者氏名) _____ に対し、
貴院医師が意見や判断を述べること、及び紹介元の医師宛に報告書
を作成することに同意します。

平成 年 月 日

・ 患者さまご署名 _____ 印

・ 生年月日
(大正・昭和・平成) 年 月 日 生まれ

・ 住 所 _____

・ 電話番号 _____