

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
を依頼いたします。

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。

年 月 日

・ 患者さまご署名 _____ 印

・ 生年月日

西暦・和暦(大・昭・平・令) 年 月 日 生まれ

・ 住 所 _____

・ 電話番号 _____