

セカンドオピニオン相談同意書

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____

患者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者住所 〒 _____

患者連絡先 電話 _____

<申込者が本人の場合>

私は、セカンドオピニオン担当医師が、私の疾患についての診断・治療内容・今後の見通しについて意見や判断を述べ、さらに私の主治医宛の報告書を作成されることに同意します。

患者署名 _____

<患者が署名できない場合・本人が来院できない場合>

代理人氏名 _____ (続柄 _____)

代理人住所 〒 _____

代理人連絡先 電話 _____