

# セカンドオピニオン同意書

磐田市立総合病院長 様

平成 年 月 日

私は、下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状、病状に関する資料を持参させ、磐田市立総合病院の医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意します。

フリガナ

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 印

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

相談者 (セカンドオピニオンを求める者)

氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄 (患者様からみて) \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄 (患者様からみて) \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄 (患者様からみて) \_\_\_\_\_

この同意書は患者様本人が記入してください。

相談者は、相談者本人を証明するもの (運転免許証、保険証等) をご持参願います。

この同意書は当日患者様が受診されず、上記に記載された相談者だけで受診される場合にのみ必要となります。