

セカンドオピニオン同意書

磐田市立総合病院 病院長 様

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 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

●相談者(セカンドオピニオンを求める者)

①氏名 _____ 続柄 _____

②氏名 _____ 続柄 _____

③氏名 _____ 続柄 _____

- 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、