

セカンドオピニオン同意書

(ご相談者が、患者さん本人以外の場合は、本同意書を必ずご提出ください)

社会医療法人 博愛会
相良病院 殿

私は、下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状、病状に関する資料等を持参(郵送)させ、貴院担当医師に対してセカンドオピニオンを求めること。また、貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医宛ての報告書が作成されることに同意いたします。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人：住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____ 生年月日 _____

連絡先電話番号 _____

代筆理由：(_____)

記

相談者 (セカンドオピニオンを求める者)

① 氏名 _____ 間柄 (本人から見て) _____

② 氏名 _____ 間柄 (本人から見て) _____

③ 氏名 _____ 間柄 (本人から見て) _____

④ 氏名 _____ 間柄 (本人から見て) _____

代筆理由：(_____)

※ 注 1. 下線の箇所には本人の直筆で記入願います。(代筆の場合は理由を記入)

注 2. 相談者は、相談者本人を証明できるもの(運転免許証・保険証)をお持ちください。