

秀和総合病院

セカンドオピニオン同意書

西暦 年 月 日

私は、本同意書を持参しました下記の相談者に対して、貴院担当医師が、私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しに意見や診断を述べ、私の主治医あての診療情報提供書が作成されることに同意いたします。

(フリガナ)

本人氏名 _____ 印

生年月日(西暦) 年 月 日生 _____

連絡先 _____

連絡先電話番号(_____) _____

相談者(セカンドオピニオンを求める者)

(フリガナ)

① 氏名 _____ 続柄 _____

(フリガナ)

② 氏名 _____ 続柄 _____

(フリガナ)

③ 氏名 _____ 続柄 _____

※ 注 1. 下線の箇所に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)をお持ち下さい。

注 3. 相談者は3名以内とする。