セカンドオピニオン同意書

浜松医療センター院長　様

私（患者さま氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、下記の者に対して、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、今後の見通し等についての意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

令和　　年　　月　　日

フリガナ
患者さま氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日（昭和・平成・令和）　　年　　月　　日

記

相談者（セカンドオピニオンを求める者）

相談者①：　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄＿＿＿＿＿＿

相談者②：　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄＿＿＿＿＿＿

相談者③：　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄＿＿＿＿＿＿

注１　この同意書は患者さま本人が記入してください。
注２　相談者は、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。
注３　相談者は、３名以内とします。