セカンドオピニオン同意書

私（患者氏名）　　　　　　　　　　は、私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しについてのセカンドオピニオンを貴院担当医師へ依頼し、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。

また、本同意書を持参いたしました代理人が、私の疾患についてのセカンドオピニオンを受けることに同意いたします。

日付　　　　　　年　　　　　月　　　　日

生年月日　　　　年　　　　月　　　　日生

患者氏名

相談者氏名

※同意書は原則全て患者さん本人がご記入ください。

※当日は、来院される相談者を証明できるもの（免許証・マイナンバー等）を必ずご持参ください。また、コピーさせていただくこともご了承お願いします。