セカンドオピニオン相談申込書

私はセカンドオピニオンの趣旨を良く理解したうえで、広島西医療センターにセカンドオピニオンを申し込みます。

希望の科又は担当医 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

平成＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

本人氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

または法的代理人 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

続柄 ＿＿＿＿＿＿＿＿

セカンドオピニオンの場で、担当医に尋ねたいことを簡単に書いてください。