

セカンドオピニオン同意書

私(患者さん氏名) _____ は、

本同意書を持参しました(相談者氏名) _____ (続柄) _____ に

対して、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

生年月日 (明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日

(患者さん氏名) _____ (印)