

セカンドオピニオン同意書

社会医療法人社団 光仁会
第一病院 院長 様

私は、下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状、病状に関する資料等を持参させ、セカンドオピニオンを求めることに同意します。

本人

住所： _____

ふりがな

氏名： _____ 印

記

相談者（セカンドオピニオンを求める者）

① 氏名 _____ 間柄（本人から見て） _____

② 氏名 _____ 間柄（本人から見て） _____

③ 氏名 _____ 間柄（本人から見て） _____

注1：この書面は全て患者ご本人が記入して下さい。

注2：相談者は、相談本人を証明するもの（運転免許、保険証等）をご持参下さい。

注3：相談者が多く書ききれない場合は、裏面にご記入下さい。

以上