

セカンドオピニオン相談同意書

丸山記念総合病院院長 様

平成 年 月 日

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、丸山記念総合病院の医師に対して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 _____

氏名 _____ 印

連絡先電話番号 _____

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） | _____ |
| ④ 氏名 | _____ | 間柄（本人から見て） | _____ |
| ⑤ 氏名 | _____ | 間柄（本人から見て） | _____ |

注1： _____ の箇所に本人の直筆で記入願います。

注2： 相談者は、相談者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： 相談者が多く書ききれない場合は、裏面に記入願います。