尾﨑病院セカンドオピニオン外来相談同意書

医療法人社団尾﨑病院長　様

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 平成 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

　私は、本同意書を持参した下記の者に対して、貴院担当医師が私の疾患についての診断　及び治療内容、今後の見通しなどにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | ㊞ |

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| （代 筆 者） |  | （続柄） |  |
|  |  |  |  |

記

相談者（セカンドオピニオンを求める者）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ① 氏名 |  |  | 続柄（本人から見て） |  |
| ② 氏名 |  |  | 続柄（本人から見て） |  |
| ③ 氏名 |  |  | 続柄（本人から見て） |  |
| ④ 氏名 |  |  | 続柄（本人から見て） |  |

注1：相談者は相談者本人を証明するもの（運転免許証、保険証など）をご持参願います。