

尾崎病院セカンドオピニオン外来相談同意書

医療法人社団尾崎病院長 様

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。