

セカンドオピニオン外来 家族受診同意書

私（患者本人） _____ は、本同意書を持参した
相談者 _____ 続柄（ _____ ）に対して、私の病気
についての診断及び治療内容に関し、セカンドオピニオンとして貴院
担当医師が判断や意見を述べること、私の主治医宛の報告書が作成
されることに同意します。

年 月 日

患者氏名 _____ 印

生年月日（大昭平令） 年 月 日 生

※同意書を持参される方は、本人が証明できるもの（健康保険証・
運転免許証など）を必ず、持参願います。