

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事、私の主治医宛ての報告書
を作成する事に同意します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____ 印

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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