セカンドオピニオン同意書

浜松赤十字病院長　様

私（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参しました下記の者に対して、貴院担当医師が自分の疾患について現在治療を受けている主治医の診断及び治療内容、今後の見通し等について意見や判断を述べること及び主治医あての報告書が作成され、返送されることに同意いたします。

年　　月　　日

フリガナ

患者様氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日（昭和・平成・令和）　　年　　月　　日

相談者（セカンドオピニオンを求める者）

①氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄＿＿＿＿＿＿

②氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄＿＿＿＿＿＿

③氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄＿＿＿＿＿＿

注1　本人の直筆でご記入下さい

注2　相談者は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　相談者は３名までと致します。