

中津市立中津市民病院 病院長宛

セカンドオピニオン同意書

令和 年 月 日

私は、貴院にセカンドオピニオンを依頼するに当たり、下記の者に対し私の病状について診断や治療方針等の意見を述べることに同意します。また私の主治医宛に報告書等が作成されることも合わせて同意いたします。

(ふりがな)

本人氏名 _____ 印

生年月日 (大正・昭和・平成・令和) _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

連絡先 (自宅) _____ — —

連絡先 (携帯) _____ — —

記

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) _____

④氏 名 _____ (続 柄) _____

注1. 下線 (_____) の箇所は患者様本人の直筆でご記入下さい。

注2. 相談者は、相談者本人を証明できるもの (運転免許証・保険証等) をお持ち下さい。

以上