

セカンドオピニオン同意書

令和 年 月 日

私は、貴院担当医師が本同意書を提出した下記の相談者に対して、私の疾患についての診断、治療内容および今後の見通しに意見や判断を述べ、私の主治医あてに診療情報提供書を作成することに同意します。

(フリガナ)

・ 本人氏名

印

・ 生年月日(大正・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)

(フリガナ)

① 氏 名

続柄

(フリガナ)

② 氏 名

続柄

(フリガナ)

③ 氏 名

続柄

※ 注1. 本人の直筆で記入願います。(代筆の場合は理由を記入ください。)

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

(代筆理由)