

セカンドオピニオン相談同意書

私（患者氏名 _____）は、私の病状についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、みはま病院にセカンドオピニオンを依頼します。

また、私の代理人として、下記の相談者（家族※）に対して、貴院担当医師が意見や判断を述べること、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

※家族等：三親等以内の親族。

相談者（家族）氏名 _____

(続柄) _____

年 月 日

患者さんご署名 _____

生年月日 昭和 平成 年 月 日生
住 所

〒