

亀田第一病院

セカンドオピニオン同意書

20 年 月 日

私は、本同意書を持参しました下記の相談者に対して、貴院担当医が、私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しに意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書(診療情報提供書)が作成されることに同意いたします。

ご本人署名

(フリガナ)

氏 名 印

生年月日 (大正・昭和・平成・令和) 年 月 日

住 所

電話番号 () -

ご相談者(セカンドオピニオンを求める者)

① フリガナ 続柄
氏 名

電話番号 () -

② フリガナ 続柄
氏 名

電話番号 () -

③ フリガナ 続柄
氏 名

電話番号 () -

注1) 下線の箇所本人の直筆で記入願います。(代筆の場合は、理由を記入して下さい。)

注2) 相談者は相談者本人を証明できるも(運転免許証や保険証など)をお持ちください。

代筆理由