

セカンドオピニオン外来相談同意書

私は、貴院の医師が本同意書を持参しました下記の相談者に対して、貴院の担当医師が、私の疾患についての診断及び治療内容などについて意見や判断を述べ、私の主治医あての診療情報提供書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

(フリガナ)

本人氏名 _____ ㊞ (自署の場合の印は不要です)

生年月日 (大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生

住所 _____

電話番号 _____

相談者 (セカンドオピニオンを求める方)

(フリガナ)

① 氏名 _____ 続柄 _____

(フリガナ)

② 氏名 _____ 続柄 _____

※注1 下線の部分に本人の直筆で記入してください。

※注2 相談者は、相談者本人を証明できるもの (運転免許証、マイナンバーカード) をお持ちください。