セカンドオピニオン代理相談同意書

年　　月　　日

私（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参しました（代理相談者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、貴院担当医師が私の疾患についての治療内容、今後の見通し等につきまして、意見や判断を述べ、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。

患者住所：〒　　－

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

生年月日：明・大・昭・平・令　　年　　月　　日　生

代理相談者

氏名	患者との続柄

※　患者さんの健康保険証等と代理相談者の本人確認ができるもの（健康保険証・免許証等）を必ずお持ちください。

※　代理相談者欄にお名前のない方は、セカンドオピニオンを受けることができませんのでご注意ください。