

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：_____⑩

生年月日： 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。