

## 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：\_\_\_\_\_印

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。