

セカンドオピニオン同意書

昭和伊南総合病院長 様

令和 年 月 日

私は、下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状、病状に関する資料等を持参させ、昭和伊南総合病院の医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意します。

〒 _____

本人：住 所 _____

(ふりがな)

氏 名 _____ ⑩

連絡先：電話番号 (_____)

記

相談者 (セカンドオピニオンを求める者)

①氏 名 _____ 間柄 (本人から見て) _____

②氏 名 _____ 間柄 (本人から見て) _____

③氏 名 _____ 間柄 (本人から見て) _____

④氏 名 _____ 間柄 (本人から見て) _____

⑤氏 名 _____ 間柄 (本人から見て) _____

注 1：記名は本人直筆で御記入願います。

注 2：相談者は、相談者本人を証明するもの（運転免許証、保険証等）をご持参頂き、御提示願います。

注 3：相談者が多く書ききれない場合は、裏面に記入願います。