

セカンドオピニオン同意書

(相談希望者がご本人でない場合)

医療法人青心会 郡山青藍病院 病院長殿

私は、本同意書を提出し下記の相談者に対して、私の病状等についての診断、治療内容および今後の見通しに意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに同意致します。

平成 年 月 日

本人 : 氏名 _____ 印

住所 _____

生年月日 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日

※本人の直筆で記入願います。(代筆の場合は理由を記入ください。)

理由

相談者 (セカンドオピニオンを求める者)

氏名 _____ 間柄 (本人から見て) _____

氏名 _____ 間柄 (本人から見て) _____

氏名 _____ 間柄 (本人から見て) _____

※相談者は、相談本人を証明するもの (運転免許証・健康保険証等) をご持参願います。