

セカンドオピニオン同意書

りんくう総合医療センター 病院長 様

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、りんくう総合医療センター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いたします。

また、貴院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医宛に報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

患者本人：(住所) _____
：(氏名) _____ (ふりがな) _____
：(生年月日・性別) 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 生 (男・女) _____
：(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 _____ 続柄 (本人から見て) _____
②氏名 _____ 続柄 (本人から見て) _____
③氏名 _____ 続柄 (本人から見て) _____
④氏名 _____ 続柄 (本人から見て) _____
⑤氏名 _____ 続柄 (本人から見て) _____

以 上

※相談される方は、相談者本人を証明するもの (運転免許証、保険証等) をご持参いただきますようお願いいたします。