

セカンドオピニオン同意書

私（患者氏名）

_____ は、私の病状についての診断および
治療内容等について、みよし市民病院にセカンドオピニオンを希望します。

また、私の代理人として本同意書を持参しました

（代理人氏名、相談者氏名）

（患者との続柄）

_____（ _____ ）に対して、私の病状に
ついて貴院担当医師が意見や判断を述べること、および私の主治医に報告
することに同意します。

年 月 日

患者住所： _____

患者生年月日： _____ 年 月 日生

患者署名： _____ 印