

セカンドオピニオン同意書

- 私は、貴院担当医師が私の主治医宛に診療情報提供書を作成することに同意いたします。
- 私は、貴院担当医師が本同意書を提出した下記の相談者に対して、私の疾患についての診断、治療内容および今後の見通しに意見や判断を述べることに同意いたします

平成 年 月 日

・ ^(フリガナ) 本人氏名 _____ 印

・ 生年月日（大正・昭和・平成） 年 月 日

① ご家族等（代諾者）

・ ^(フリガナ) 氏名 _____ 続柄（ご本人から見て）

・ 住所 _____ 電話番号 _____

② ご家族等（同席者）

・ ^(フリガナ) 氏名 _____ 続柄（ご本人から見て）

・ ^(フリガナ) 氏名 _____ 続柄（ご本人から見て）

③ 代筆の場合は代諾者が理由をお書きください

- *同意内容については、必要な箇所にチェックをしてください。
- *相談においてになる方（本人・ご家族等）のお名前をお書きください。
- *ご本人がおいではなれない場合も原則 **ご本人のサインと印が必要です。**
- * _____ の箇所は直筆でご記入ください。