

セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者氏名） は、

旭ろうさい病院にセカンドオピニオンを求めます。

また、貴院がセカンドオピニオン外来の相談結果を、私の主治医あてに報告することを了承いたします。

令和 年 月 日

氏名

※ご家族の方のみが来られる場合は以下もご記入ください。

私の代理人として、下記の者が旭ろうさい病院に
セカンドオピニオンを求めることに同意いたします。

(氏名)

(続柄)

(氏名)

(続柄)

(氏名)

(続柄)

※患者さんが自筆でご記入ください。

※代理人の方は、身分証明書をご持参ください。