

## セカンドオピニオン同意書

平成 年 月 日

新津医療センター病院長 様

私、(患者さんの氏名) \_\_\_\_\_ は、

(相談者) \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_

に、私の病状等に関する主治医の紹介状、病状に関する資料を持参させ、新津医療センター病院の医師に対してセカンドオピニオンを求めること及びこれらに基づいた意見を新津医療センター病院の医師が相談者に伝え、その報告書を主治医に提供することについても、あわせて同意します。

患者様

氏名 \_\_\_\_\_ ④

住所 \_\_\_\_\_

生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日生

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