

セカンドオピニオン同意書

知多半島総合医療センター 院長 殿

私は、本同意書を持参しました下記の相談者に対して、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、今後の見通しに意見や判断を述べ、私の主治医宛の診療情報提供書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

(フリガナ)

患者氏名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日

連絡先 _____

(フリガナ)

相談者氏名 _____ (続柄)

(フリガナ)

相談者氏名 _____ (続柄)

(フリガナ)

相談者氏名 _____ (続柄)

※相談者は身分を証明できるもの(運転免許証、マイナンバー、パスポートなど)をご持参ください。

※患者さんが未成年の場合は、来院されるご家族等との続柄を確認できるものをご持参ください。