

セカンドオピニオン同意書

(公財) がん研究会 有明病院長 殿

私 (患者氏名) _____ は、私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通し等のセカンドオピニオンを貴院担当医師に依頼いたします。

尚、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

また、同席者は以下の通りとなります。

また、本同意書を持参いたしました以下の代理人が、私の疾患についてのセカンドオピニオンを受けることに同意いたします。

① (氏名) _____ (続柄) _____

(住所) _____ (電話) _____

② (氏名) _____ (続柄) _____

(住所) _____ (電話) _____

③ (氏名) _____ (続柄) _____

(住所) _____ (電話) _____

日 付 西 暦 年 月 日

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日 生

※ 同意書は全て患者本人がご記入ください。

※ 同席者がいる場合、または代理人の方がお聞きになる場合は□に✓をしていただき、氏名・続柄・住所・電話番号をご記入ください。

※ 同席者・代理人の方を全てご記入ください。

※ 代理人の方は、代理人本人を証明するもの（別紙参照）をご持参ください。

また、コピーさせていただくこともご了承願います。

身分証明書について

当院の認める身分証明書は以下のものとなります。

①～⑦のうち1点をお持ちください。

- ① 個人番号カード（マイナンバーカード）
- ② 運転免許証（有効期限内のもの）
- ③ 運転経歴証明書（平成24年4月1日以降交付のもの）
- ④ 旅券（パスポート）
- ⑤ 在留カード
- ⑥ 特別永住者証明書
- ⑦ 官公署が発行した顔写真、氏名、生年月日または住所の表示のある書類（身体障害者手帳など）

※上記の証明書 ①～⑦ のいずれもご準備できない場合は、
以下の（i）～(viii) から2点以上をご提示ください。

- (i) 国民健康保険証または各種健康保険証（健康保険組合、共済組合、協会けんぽなど）
- (ii) 後期高齢者医療証
- (iii) 介護保険証
- (iv) 高齢受給者証
- (v) 年金手帳または基礎年金番号通知書
- (vi) 写真付きでない住民基本台帳カード
- (vii) 法人、官公署が発行した顔写真がなく、氏名、生年月日または住所が記載されている身分証明書（社員証、学生証など）
- (viii) 官公署が発行した顔写真がなく、氏名、生年月日または住所が記載されている資格証明書（印鑑登録証明書、住民票の写し、母子手帳、戸籍謄本・抄本など）