

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、本同意書を持参いたしました代理人

- ① (氏名) _____ (続柄) _____
② (氏名) _____ (続柄) _____
③ (氏名) _____ (続柄) _____

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。

日 付 西 暦 年 月 日

氏 名 _____ 印

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。
- ※ 代理人の方は、代理人本人を証明するもの（運転免許証、保険証等）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。
- ※ 代理人の方を全てご記入いただき、人数が多く書ききれない場合は、余白にご記入ください。