

愛知県厚生農業協同組合連合会稲沢厚生病院長 様

セカンドオピニオン外来相談同意書

私 (患者様氏名) _____ は、私の
病状についての診断、治療方針および今後の見通しについて、
貴院にセカンドオピニオンを依頼致します。

また、私の代理人として本同意書を持参しました以下の相談者
(氏名) _____ (続柄) _____

に対して、貴院担当医師が私の病状についての意見や判断を述べ、私の主治医宛の診療情報提供書(報告書)が作成されることに同意します。

記 載 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様氏名 (署名) _____