

# セカンドオピニオンについての同意書

深谷赤十字病院長 様

私（患者さん氏名）\_\_\_\_\_は、本同意書を持参した下記の者に対して、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などに意見を述べ、また、セカンドオピニオン申込書の「現在受診している医療機関名等」に記載した医師（主治医）あてに報告書が作成されることに同意いたします。

記

相談者氏名 \_\_\_\_\_ 患者さんとの関係 \_\_\_\_\_

相談者氏名 \_\_\_\_\_ 患者さんとの関係 \_\_\_\_\_

相談者氏名 \_\_\_\_\_ 患者さんとの関係 \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

患者さん氏名 \_\_\_\_\_ 印