セカンドオピニオン同意書

医療法人直心会　帯津三敬病院　殿

私（患者氏名） は、本同意書を持参しました

（相談者） （続柄） に対して

貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通し等について、意見や助言を述べ、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

住　　所

患者氏名　 ㊞

生年月日

電話番号

※相談者が患者以外の場合は、身分を証明できるもの（健康保険証、免許証等）を必ず持参願います。