

【セカンドオピニオン外来 家族受診同意書】

私（患者本人）
相談者
は、本同意書を持参した
続柄（ ）に対して、私の病気について
の診断内容及び治療方針に関し、セカンドオピニオンとして
貴院担当医師が意見を提供し、報告書を作成されることに同意しま
す。

令和 年 月 日

患者氏名

印

※同意書を持参される方は、本人が証明できるもの（健康保険証・
運転免許証など）を必ずご持参願います。