

セカンド・オピニオン同意書

【様式1】

すずかけセントラル病院 病院長様

私は、私の病状についての診断内容、現在の行われている治療、または提案されている治療法等に関し、すずかけセントラル病院の医師にセカンド・オピニオンを依頼いたします。
また、私の代理として下記の者の病状等の内容について話をすることに同意いたします。

年 月 日

患者本人	住所	_____
	(フリガナ)	()
	自 署	_____
	連絡先電話番号	_____

相談者①	住所	_____
	署 名	患者本人との続柄 ()
相談者②	住所	_____
	署 名	患者本人との続柄 ()
相談者③	住所	_____
	署 名	患者本人との続柄 ()

注1) 必ずご本人がご記入ください。

注2) 相談者は、本人を証明するもの（運転免許証・保険証等）をご持参願います。

注3) 相談者は、3名以内とします。

※**原本は当日ご持参ください。**



(原本：病院保管・コピー：本人)

20130301 地域連携室