

セカンドオピニオン同意書

浜松医療センター病院長 様

私は、私の病状についての診断内容、現在に行われている治療、または提案されている治療法等に関し、浜松医療センター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に病状等の内容について話をすることに同意します。

平成 年 月 日

本人：住所 _____

(フリガナ _____)

氏名 _____ 印

連絡先電話番号 _____

相談者①：住所 _____

署名 _____ 続柄 _____

相談者②：住所 _____

署名 _____ 続柄 _____

相談者③：住所 _____

署名 _____ 続柄 _____

注1 本人の直筆でご記入ください。

注2 相談者は、本人を証明するもの（運転免許書、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。