

セカンドオピニオン同意書

半田市立半田病院長 殿

私は、本同意書を持参しました下記の相談者に対して、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、今後の見通しに意見や判断を述べ、私の主治医宛の診療情報提供書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

(フリガナ)
患者さま氏名 印

生年月日 (大正・昭和・平成・令和) 年 月 日

連絡先 — —

(フリガナ)
ご相談者氏名 (続柄)

(フリガナ)
ご相談者氏名 (続柄)

(フリガナ)
ご相談者氏名 (続柄)

※ご相談者は、身分証明ができるもの（健康保険証、運転免許証、パスポート、公的身分証明など）をご持参下さい。

※患者さんが未成年の場合は、来院されるご家族との続柄を確認できるものをご持参下さい。