

セカンドオピニオン同意書

昭和大学藤が丘病院 殿

私(患者氏名) _____ は、貴院にセカンドオピニオンを
依頼するに当たり(相談者氏名) _____
(続柄 _____)に、私の病状について診断や治療方針等の意見を述べること
および診療情報提供書作成医師に報告書を提出することに同意いたします。

年 月 日

患者署名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

住 所 _____
