

セカンドオピニオン同意書

昭和医科大学藤が丘病院 殿

私（患者氏名）_____は、貴院にセカンドオピニオンを

依頼するにあたり（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_____⑩

生年月日_____年 月 日

住 所_____
