

セカンドオピニオン同意書

年 月 日

江南厚生病院長 様

私は、下記の者に病状等に関する主治医の紹介状、病状に関する資料等を持参させ、江南厚生病院の医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意します。

ふりがな

本人署名:

住 所:

連絡先(電話番号):

自署できない理由:

記

相談者(セカンドオピニオンを求める者)

1) 氏 名 _____ 続柄(本人からみて) _____

2) 氏 名 _____ 続柄(本人からみて) _____

3) 氏 名 _____ 続柄(本人からみて) _____

<留意点> _____ の所に、直筆でご記入ください。

本人が自署できない場合は、その旨をご記入ください。

相談者は、相談者本人を証明できるもの(運転免許証・保険証等)をご持参ください。