

平成 年 月 日

医療法人 明和病院
病院長 殿

セカンドオピニオン同意書

患者様氏名： 印

生年月日：（大正・昭和・平成） 年 月 日

※代筆の場合は、代筆者の氏名を下記にご記入ください。

私は、下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状、資料等を持参させ、貴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致します。

代筆者氏名：

【代理人】

氏名	続柄	連絡先(TEL)
_____	_____	_____

氏名	続柄	連絡先(TEL)
_____	_____	_____

氏名	続柄	連絡先(TEL)
_____	_____	_____

※患者様ご本人の自筆でご記入ください(自筆が困難な場合は代筆で結構です)。

※代理人のみの場合は、必ず本人を証明できるものをご持参ください(保険証・運転免許証等)。