

セカンド・オピニオン同意書

(ご相談者が、患者本人以外の場合は、本同意書を必ず提出)

医療法人社団 にれの杜クリニック 殿

私(患者氏名) _____ は、本同意書を
持参しました

(ご相談者) _____ (続柄) _____ に対して、
貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しにつきまして、
意見や判断を述べ、私の主治医宛ての報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

住 所 : _____

名 前 : (患者氏名) _____ 印

生年月日 : _____

電話番号 : _____

年 月 日