

セカンドオピニオン 相談同意書

私は、下記事項について了承し、下記相談者が貴院のセカンドオピニオン相談を受けることに同意します。

記

1. 貴院セカンドオピニオン相談に関する手続きを下記相談者に委任すること。
2. 私の疾病についての診療情報が、下記相談者の求めにより私の主治医から貴院あてに提供され、貴院の医師が下記相談者に対して診断や治療の内容、病状や見通しについて意見や判断を述べること。
3. セカンドオピニオン相談の内容について、貴院の医師より私の主治医あてに報告書が作成されること。

令和 年 月 日

新潟臨港病院 院長 湊 泉 殿

本人（署名） _____ ⑩
自書または代筆押印

相談者（署名） _____ ⑩

（続柄： _____ ）

代筆の場合、患者本人が自書できない理由

[_____]