

セカンドオピニオン同意書

令和 年 月 日

私は、下記相談者が私の疾病に対する診断及び治療方針について、五泉中央病院のセカンドオピニオンを受けること、相談者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、および主治医に情報提供することを同意いたします。

本人氏名（署名）_____

代理人氏名（署名）_____（続柄）_____

相談者氏名_____（続柄）_____