

セカンドオピニオン同意書

平成 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南部郷厚生
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）