

佐世保中央病院担当医 宛

セカンドオピニオン 同意書

私(患者氏名) _____ は、本同意書を持参しました

(相談者氏名) _____ (続柄: _____) に対して、

貴院担当医師より私の傷病等についての説明を受けることに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者住所 _____

患者氏名 _____ ⑩

生年月日: 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(注意 1) 同意書の記入は患者さん自身でお願いいたします。

(注意 2) 『相談者の身分証明書(運転免許証・健康保険証 等)』および『患者さんとの続柄が分かるもの(戸籍謄本 等)』をご準備ください。

※相談者の身分証明書および患者さんとの続柄が分かるものをお忘れになった場合はセカンドオピニオンを受けることができません。