

セカンドオピニオン外来家族受診同意書

私（患者本人） _____ は、

本同意書を持参した相談者 _____ 続柄（ _____ ）に対して、

私の病気についての診断及び治療内容に関し、セカンドオピニオンとして貴院担当医師が判断や意見を述べる事、私の主治医宛の報告書を作成する事に同意します。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名（自筆署名） _____ 印

※本同意書を持参される方は、本人証明できるもの（健康保険証・運転免許証など）を必ず、ご持参願います。

かけはしファミリークリニック