

セカンドオピニオン相談同意書

私は、貴院担当医師がこの同意書を持参した下記のものに対し、私の疾患に関する診断内容や今後の治療方針等について意見や判断を述べ、私の主治医あてに文書で報告することに同意します。

平成 年 月 日

住 所 _____

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日

患者さんの氏名 _____ 印

<患者さんが同意を与えたご家族>

住 所 _____

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日

ご家族の氏名 _____

患者さんとの関係 _____

富山県リハビリテーション病院・こども支援センター 病院長 殿

※同意を得たご家族は、身分を証明できるもの(健康保険証、免許証等)を必ず持参してください