

# セカンドオピニオン同意書

銀座セントラルクリニック 殿

私(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、私の病状についての診断及び治療内容今後の見通しにつきまして、銀座セントラルクリニックにセカンドオピニオンを依頼致します。

〈代理相談の場合〉

私(患者氏名) \_\_\_\_\_ の代理人として、  
(ご相談者) \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_ が  
貴院のセカンドオピニオン外来を受診すること、そして貴院担当医師の意見や判断をもとに、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意致します。

※やむを得ぬ事情によりご家族のみの受診の場合、記入が必要です。  
受診当日に身元を証明できる書類(運転免許証等)をお持ちください。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所 :

名 前 : (患者氏名) \_\_\_\_\_ 印

生年月日 :

電話番号 :