

セカンドオピニオン同意書

平成 年 月 日

一宮市立市民病院長 様

私は下記の者に症状等に関する主治医の紹介状、症状に関する資料等を
持参させ、一宮市立市民病院の医師に対してセカンドオピニオンを求める
ことに同意します。

本人:

住所

ふりがな

氏名

連絡先

電話番号

記

相談者:

(セカンドオピニオンを求める者)

1) 氏名	_____	続柄 (本人から見て)	_____
2) 氏名	_____	続柄 (本人から見て)	_____
3) 氏名	_____	続柄 (本人から見て)	_____

_____ の個所に本人の直筆で記入してください。

本人が自署できないときは、その旨を記入してください。

相談者は相談者本人を証明できる身分証明書(運転免許証・保険証など)をご持参ください。