

# セカンドオピニオン同意書

年 月 日

私は下記の者に病状等に関する主治医の紹介状・病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らることに同意します。

本人

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

記

相談者（セカンドオピニオンを求めらる者）

1) 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

2) 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

3) 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

- \* \_\_\_\_\_ 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もの（運転免許証・マイナンバーカード等）をご持参ください。