

セカンドオピニオン同意書

社会福祉法人恩賜財団
済生会横浜市南部病院長様

私は、私の病状についての診断内容、現在の行われている治療、または提案されている治療法等に関し、済生会横浜市南部病院の医師にセカンドオピニオンを依頼いたします。また、私の代理として下記の者に病状等の内容について話をすることに同意します。

平成 年 月 日

本人 : 住所 _____

(フリガナ _____)

氏名 _____ 印

連絡先電話番号 _____

相談者 : 住所 _____

署名 _____ 続柄 _____

相談者 : 住所 _____

署名 _____ 続柄 _____

相談者 : 住所 _____

署名 _____ 続柄 _____

本人の直筆でご記入ください。

相談者は、本人を証明するもの（運転免許証、保険証等）をご持参願います。

相談者は、3名以内とします。