

(本人が来院できない場合のみご記入ください)

厚生中央病院 セカンドオピニオン 相談同意書

私は (患者氏名) _____

私の疾患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
厚生中央病院にセカンドオピニオンを依頼し

私の代理として (ご相談者) _____

に病状の内容等について、貴院担当医師が意見や判断を述べ、報告書が
作成されることに同意いたします。

令和 年 月 日

患者氏名 _____ (印)

生年月日 年 月 日 _____

※ ご相談者が患者さん以外の場合は、ご相談者の本人が確認できるもの
(健康保険証・免許証等)をご持参願います。