

セカンドオピニオン同意書

神戸低侵襲がん医療センター病院長 殿

私（患者氏名）_____は、私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通し

等のセカンドオピニオンを貴院担当医師に依頼いたします。

尚、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

また、同席者は以下の通りとなります。

また、本同意書を持参いたしました以下の代理人が、私の疾患についてのセカンドオピニオンを受けすることに同意いたします。

① _____（氏名） _____（続柄）

② _____（氏名） _____（続柄）

日 付 西 暦 年 月 日

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日 生

※ 同席者がいる場合、または代理人の方がお聞きになる場合は□に・をしていただき、氏名・続柄をご記入ください。

※ 代理人の方は、代理人本人を証明するもの（運転免許証、保険証等）をご持参ください。

※ 代理人の方を全てご記入いただき、人数が多く書ききれない場合は、余白にご記入ください。