

セカンドオピニオン同意書

西暦 年 月 日

新潟県立十日町病院長 様

私、(患者さんの氏名 _____) は、(相談者) _____

に、私の病状等に関する主治医の紹介状、病状に関する資料を持参させ、新潟県立十日町病院の医師に対してセカンドオピニオンを求めること及びこれらに基づいた意見を新潟県立十日町病院の医師が相談者に伝え、その報告書を主治医に提供することについても、あわせて同意します。

本人 (患者さん本人)

住所 _____

氏名 _____ 印 _____