

セカンドオピニオン同意書

東名厚木病院 院長 殿

私は、私自身に対する病状についての診断の内容や、現在主治医に説明・実施されている治療法および今後、提案される治療法等に関して、東名厚木病院にセカンドオピニオンを依頼します。

※〔 〕内は患者様ご本人が来院できない場合のみご記入下さい

私の代理人として_____が申し込むこと、現在の私の病状を話すこと、東名厚木病院の医師から意見を聞くこと、その他申し込みに際して必要な事項を私の代理人として行うことについて同意いたします。

私自身が東名厚木病院の定めるセカンドオピニオン外来の内容を理解し、了承のうえで申し込みをしていることを確約いたします。

平成 年 月 日

住 所 : _____

電話番号 : _____

署 名 : (患者様氏名) _____ 印

※ 本同意書は、ご相談者が患者様ご本人の場合と一親等の代理人の場合、両方必要です。相談時にご持参下さい。

※ セカンドオピニオン外来のご案内を良くお読み下さい。