

セカンドオピニオン外来相談同意書

医療法人桂会 平尾病院
院長 平尾周也 殿

私（患者氏名）_____は、
私の病状についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、
平尾病院にセカンドオピニオンを依頼いたします。
また、私の代理人として下記の相談者

（ご相談者氏名）_____に対して、貴院担当医師が意見や
判断を述べること、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。

年 月 日

患者様ご署名：_____ 印

生年月日：_____

ご住所：_____

連絡先：_____

*** 患者様との続柄を示す書類（戸籍謄本など）と添えてご提出ください。**

* 患者様ご本人が受診される場合はこの用紙は不要です。

* セカンドオピニオン申込書に記載された相談者である事。