

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。