

医療法人 原会 原病院 セカンドオピニオン外来同意書

医療法人 原会 原病院

セカンドオピニオン外来 担当医 殿

私（患者さんご本人） \_\_\_\_\_ は、この同意書を持参した  
相談者（氏名： \_\_\_\_\_ ご関係： \_\_\_\_\_ ）が、  
私の病気についてのセカンドオピニオンを受けることを承諾します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名： \_\_\_\_\_ 印

生年月日： 大正 ・ 昭和 ・ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生