

高瀬クリニック セカンドオピニオン

実施同意書

私は、本同意書を持参しました下記の相談者に対し、貴院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通し等について意見や診断を述べ、私の現在の主治医あての診療情報提供書が作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

本人直筆署名 _____ (印)

生年月日 年 月 日生 _____

住所 _____

連絡先電話番号 _____

相談者（セカンドオピニオンを求める一親等以内の親族）

① 氏名 _____ 続柄 _____

② 氏名 _____ 続柄 _____

③ 氏名 _____ 続柄 _____

※注1 下線の箇所に本人の直筆にて記入願います。（代筆の際は理由を記入）

注2 相談者は本人含め最大3名まででお願いいたします。

注3 親族のみの場合には患者本人との続柄を確認できる書類等をお持ち下さい。