

医療法人社団聖仁会 横浜甞生病院
病院長 殿

セカンドオピニオン 同意書

私は、医療法人社団聖仁会 横浜甞生病院でセカンドオピニオンを受けるにあたり、
下記の相談者が担当医師から病状等の内容についての意見や判断について相談することや
その結果について私の主治医あてに報告書を作成することに同意いたします。

【 相談者：セカンドオピニオンを求める者 】		
住所		
(フリガナ)		
氏名		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	男・女
患者様との続柄		

年 月 日

【患者様ご本人署名】

住所

(フリガナ)

氏名

Ⓔ

連絡先(TEL)

()