

名古屋第二赤十字病院

セカンドオピニオン外来相談同意書

(様式3)

私 (患者さま氏名)

_____は私の病状についての診断
および治療内容、予後につきまして、名古屋第二赤十字病院にセカン
ドオピニオンを依頼いたします。

また、代理人として本同意書を持参いたしました

(代理人氏名)

(患者さまとの続柄)

_____ (_____) に対しまして、
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。

令和 年 月 日

患者さま住所

患者さま氏名

患者さま生年月日

_____ 印 M・T・S・H・R 年 月 日生