

セカンド・オピニオンにかかる承諾書

兵庫県立リハビリテーション西播磨病院長 様

私（患者氏名： _____ ）は、貴院の医師にセカンド・オピニオンを目的として本承諾書を持参しました（来院者氏名： _____ 続柄 _____ ）に対して私の疾患に関する診断や治療法などについて意見（セカンド・オピニオン）をのべることを承諾いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者住所： _____

患者氏名： _____ 印

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日