

セカンドオピニオン同意書

鳥取県立厚生病院長 様

私は、下記の者に主治医の作成した私の病状等に関する診療情報提供書、
検査資料を持参させ、貴院でセカンドオピニオンを受けることに同意します。

令和 年 月 日

患者氏名 _____ 印

生年月日 (大正・昭和・平成・令和) _____ 年 月 日

記

代理相談者氏名	続柄	連絡先(TEL)

※同意書は、患者ご本人の直筆で記入してください。

※代理相談者は相談当日にセカンドオピニオン同意書をご持参ください。また、
代理相談者本人であることを証明する書類をご持参ください。(運転免許証など)

鳥取県立厚生病院

