

(別紙様式1)

セカンド・オピニオン相談同意書

やました甲状腺病院 院長

平成 年 月 日

私は、下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状、病状に関する資料等を持参させ、やました甲状腺病院でセカンド・オピニオンを求めることに同意します。

本人：氏名 _____

住所 _____

連絡先電話番号 _____

記

相談者（セカンド・オピニオンを求める者）

① 氏名 _____ 間柄（本人から見て）： _____

② 氏名 _____ 間柄（本人から見て）： _____

③ 氏名 _____ 間柄（本人から見て）： _____

注1：本人に関しては直筆で記入願います。

注2：相談者は、相談者本人を証明するもの（運転免許証、保険証等）をご持参願います。

注3：相談者は3名までをお願いします。