

# 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

\_\_\_\_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下さい。

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)をご持参下さい。

注3: 相談者は最大3名までとさせていただきます。