

セカンドオピニオン相談同意書

この度、(患者様氏名) が、りんくうメディカルクリニック 先進医療センターにて、貴院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医にも報告書が作成されることに同意いたします。

同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

署名 _____ 印

住所 _____

【同意書ご記入に関する注意事項】

●万が一、同意書にご記入漏れ等の不備があった場合、セカンドオピニオンをお受けいただけない場合があります。