セカンドオピニオン同意書

佐世保市総合医療センター院長　様

私（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、

私の代理人として、本同意書を持参しました

（相談者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　）に対して、

私の病状についての診断および治療内容、今後の見通しについて、

貴院の担当医師が意見や判断を述べ、主治医あての意見書が作成されることに

同意いたします。

令和　　年　　月　　日

ご　署　名　　印

ご　住　所

生 年 月 日