

様式 1

## セカンドオピニオン同意書

飯田市立病院長 様

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、飯田市立病院の医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意します。

〒 \_\_\_\_\_

本人：住所

\_\_\_\_\_

氏名 ふりがな \_\_\_\_\_ 印

連絡先：電話番号 ( \_\_\_\_\_ )

記

相談者 (セカンドオピニオンをもとめる者)

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) \_\_\_\_\_

④氏名 \_\_\_\_\_ 間柄 (本人から見て) \_\_\_\_\_

⑤氏名 \_\_\_\_\_ 間柄 (本人から見て) \_\_\_\_\_

注1：記名は本人直筆でご記入願います。

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）をご持参頂き、入室時ご提示願います。

注3：相談者が多く書ききれない場合は、裏面にご記入願います。