

# 東名古屋病院セカンドオピニオン同意書

令和 年 月 日

私は、本同意書を持参しました下記の相談者に対して、診断、治療内容など意見や判断並びに私の主治医あての診療情報提供書が作成されることに同意いたします。

(フリガナ)

患者様本人氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

相談者

(フリガナ)

① 氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄

(フリガナ)

② 氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄

(フリガナ)

③ 氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄

※ 下線の箇所に直筆でご記入ください。

※ 相談される方は、相談者本人を証明できるもの(マイナンバーカード、運転免許証など)をお持ちください。