

セカンドオピニオン同意書

(相談希望者がご本人でない場合)

松山市民病院 病院長 様

平成 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、松山市民病院において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 _____ 印 _____

住所 _____

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） _____

④ 氏名 _____ 間柄（本人から見て） _____

⑤ 氏名 _____ 間柄（本人から見て） _____

注1： _____ の箇所に本人の直筆で記入願います。

注2：相談者は、相談本人を証明するもの（運転免許証、健康保険証等）をご持参願います。