

令和 年 月 日

セカンドオピニオン相談同意書

患者さん氏名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日

私は、下記の者に私の症状に関する主治医の診療情報提供書等を持参させ、
那須こころの医院の石川純一医師に対してセカンドオピニオンを求めることに
同意いたします。

相談者（代理受診者）

氏名 _____ 続柄 _____

氏名 _____ 続柄 _____

氏名 _____ 続柄 _____

★「患者さん氏名」の欄は、患者さんご本人が直筆で記入してください。
ただし、身体的に記入が難しいなどやむを得ない場合はその限りではありません。