

# セカンドオピニオン同意書

大分市医師会立アルメイダ病院長殿

私は、私の病状についての診断内容、現在に行われている治療、または提案されている治療法等に関し、大分市医師会立アルメイダ病院の医師にセカンドオピニオンを依頼いたします。また、私の代理として下記の者に病状等の内容について話をすることに同意します。

令和 年 月 日

本人：住所 \_\_\_\_\_

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

相談者①：住所 \_\_\_\_\_

署名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

相談者②：住所 \_\_\_\_\_

署名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

相談者③：住所 \_\_\_\_\_

署名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

- ・本人の直筆でご記入ください。
- ・本人を証明するもの（運転免許証、保険証等）をご持参願います。
- ・相談者は、3名以内とします。