

厚生連高岡病院 セカンドオピニオン外来
相 談 同 意 書

私は、私の病状についての診断及び治療内容、今後の見通しにつきまして、厚生連高岡病院にセカンドオピニオンを依頼いたします。

また、私の代理人として本同意書を持参した下記の者に対し、貴院担当医師が私の疾患に関する診断内容や今後の治療方針等について意見を述べ、私の主治医あてに文書で報告することに同意します。

平成 年 月 日

住所 _____

生年月日（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日

患者様氏名 _____ ④

住所 _____

生年月日（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日

ご家族の氏名 _____

患者様との続柄 _____

厚生連高岡病院長 殿

※相談者は、身分を証明できるもの（健康保険証等）を必ず持参してください。