

セカンドオピニオン同意書

医療法人社団 葵会
AOI 国際病院 院長 殿

私(患者氏名) _____ は、貴院にセカンドオピ
ニオンを依頼するに当たり、(相談者氏名) _____
(続柄) _____ に私の病状について診断や治療方針等の意見を述べること
および診療情報提供書作成医師に報告書を提出することに同意いたします。

令和 年 月 日

患者氏名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日生

住 所 _____
