**セカンドオピニオン同意書**

**平成　　年　　月　　日**

**私は、貴院担当医師が本同意書を提出した下記の相談者に対して、私の疾患についての診断、治療内容および今後の見通しに意見や判断を述べ、私の主治医あてに診療情報提供書を作成することに同意します。**

**（フリガナ）**

**・本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印**

**・生年月日（　明治・大正・昭和・平成　）　　　　　年　　月　　日**

**・相談者（セカンドオピニオンを求める者）**

**（フリガナ）**

**① 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄**

**（フリガナ）**

**②　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄**

**（フリガナ）**

**③　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄**

**※注1.本人の直筆で記入願います。（代筆の場合は理由を記入ください。）**

**注2.相談者は、相談者本人を証明できるもの（運転免許証・健康保険証等）をお持ちく**

**ださい。**

**(代筆理由)**