

平成 年 月 日

## セカンド・オピニオン相談同意書

患者さん氏名： \_\_\_\_\_ ㊞

生年月日： (明治 大正 昭和 平成) 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、資料等を持参させ、那須赤十字病院の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 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

\*患者さんご本人の自筆でご記入ください。（自筆困難な場合は代筆で結構です）

\*代理で受診される親族の方は、配偶者・子・子の配偶者・父母・兄弟姉妹に限りますが、該当者がいない場合には、実際に患者さんの世話をしている親族又はこれに準ずる方にはお受けいただけます。当日は、本人を証明するものをご持参ください。（運転免許証等）