

# セカンドオピニオン同意書

(相談希望者がご本人でない場合)

三重県立総合医療センター病院長様

平成 年 月 日

私は、下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状、病状に関する資料等を持参させ、三重県立総合医療センター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します。

本人：氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

## 記

相談者（セカンドオピニオンを求める者）：

① 氏名 \_\_\_\_\_ 間柄（本人から見て） \_\_\_\_\_

② 氏名 \_\_\_\_\_ 間柄（本人から見て） \_\_\_\_\_

③ 氏名 \_\_\_\_\_ 間柄（本人から見て） \_\_\_\_\_

④ 氏名 \_\_\_\_\_ 間柄（本人から見て） \_\_\_\_\_

⑤ 氏名 \_\_\_\_\_ 間柄（本人から見て） \_\_\_\_\_

注1： \_\_\_\_\_ の箇所に本人の直筆で記入願います。

注2：相談者は、相談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。