

(セカンド・オピニオン承諾書)

承諾書

私（本人氏名）_____は、貴院の医師が、本承諾書を持参しました（来院者氏名）_____に対して、私の疾患に関する診断や治療方法などについて意見（セカンド・オピニオン）を述べることを承諾いたします。

平成 年 月 日

生年月日：(昭和・平成) 年 月 日

患者氏名：_____ 印