（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）を述べる事を承諾いたします。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　患者氏名：　　　　　　　　　　印