

様式1

セカンドオピニオン同意書

静岡県立静岡がんセンター病院長 様

西暦 _____ 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、静岡県立静岡がん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

住所： _____

ふりがな

氏名： _____ 印

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：この書面は全て患者本人が記入して下さい。

注2：相談者は、相談者本人を証明するもの(運転免許証、保険証等)をご持参下さい。

注3：相談者が多く書ききれない場合は、裏面にご記入下さい。