

鹿児島市医師会病院セカンドオピニオン同意書

鹿児島市医師会病院長 殿

年 月 日

私は、私の病状等についての診断及び治療内容、今後の見通し等について鹿児島市医師会病院の医師にセカンドオピニオンを依頼します。なお、訴訟等の目的に使用しないこと及び自費診療として定められた金額を支払うことに同意します。

また、私の代理として以下の者に病状等について説明することについても同意します。

患者本人 氏名： _____ 印

住所： _____

連絡先電話番号 () _____

-- (相談者が本人以外の場合、以下ご記入ください。) -----

相談者① 氏名： _____ 患者との続柄

住所： _____

相談者② 氏名： _____ 患者との続柄

住所： _____

相談者③ 氏名： _____ 患者との続柄

住所： _____

※相談者本人を証明するもの(運転免許証・保険証等)を持参ください。