

名古屋第一赤十字病院

セカンドオピニオン外来同意書

私は、本同意書を持参しました下記の相談者に対し、貴院担当医師が、私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しに意見や判断を述べ、私の主治医宛の診療情報提供書が作成されることに同意致します。

令和 年 月 日

(フリガナ)

本人氏名 \_\_\_\_\_ 印

代筆理由: \_\_\_\_\_

※ 代筆の場合は理由をお書きください。

相談者 (代理人)

(フリガナ)

① 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 ( ) \_\_\_\_\_

(フリガナ)

② 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄

(フリガナ)

③ 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄

※ ご家族のみで来院される場合は、この同意書 (捺印をお願いします) と、相談に来られる方の身分証明書 (保険証、運転免許証等) もお持ちください。