せセカンドオピニオン同意書（様式2）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　私は、本委任状を持参しました相談者に対して、貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しについて意見や判断を述べ、私の主治医あてに診療情報提供書が作成されることに同意します。

 本人（委任者）氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　印

 生年月日（大正　昭和　平成　令和）　　　年　　　月　　　日