

別紙様式 2

セカンドオピニオン同意書

令和 年 月 日

新潟県立新発田病院長 様

(患者氏名)

(相談者氏名)

私 は、 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ます。新潟県立新発田病院の医師に対してセカンドオピニオンを求めること、およびこれらに基づいた意見を新潟県立新発田病院の医師が相談者に伝え、その報告書を主治医に提供することについて同意します。

患者本人

住所

氏名

印