

# セカンドオピニオン同意書

長岡中央総合病院 殿

私（患者氏名） \_\_\_\_\_ は、

私の家族（ご相談者） \_\_\_\_\_（続柄： \_\_\_\_\_）が、

長岡中央総合病院のセカンドオピニオンにおいて、私の病態などについての  
意見を求めることに同意します。

日付 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

代筆者氏名 \_\_\_\_\_（続柄： \_\_\_\_\_）

- ※ 同意書は患者様をご記入ください。
- ※ 患者様をご記入できない場合は、代筆者本人様を証明するもの（運転免許証・保険証等）をご持参ください。また、コピーさせていただくこともご了承ください。