

# セカンドオピニオン同意書

私は、下記相談者が私の疾病に対する診断および治療方針について能代山本医師会病院のセカンドオピニオンを受けることを同意します。

令和 年 月 日

本人氏名（署名） \_\_\_\_\_

代理人氏名（署名） \_\_\_\_\_

（続柄： \_\_\_\_\_）

相談者氏名（署名） \_\_\_\_\_

（続柄： \_\_\_\_\_）