2023.7 作成

セカンドオピニオン同意書

国立研究開発法人　量子科学技術研究開発機構
QST 病院長　殿

私（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通し等のセカンドオピニオンを貴院担当医師に依頼します。
尚、私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

☐　また、同席者は以下の通りとなります。（２名①②まで）

☐　また、本同意書を持参いたししました以下の代理人が、私の疾患についてのセカンドオピニオンを受けることに同意します。（３名①②③まで可）

① 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　患者との関係＿＿＿＿＿＿＿＿

② 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　患者との関係＿＿＿＿＿＿＿＿

③ 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　患者との関係＿＿＿＿＿＿＿＿

作成日　西暦　　年　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日　　年　　月　　日生

※　この用紙には、ご本人自身がご記入ください。
※　同席者がいる場合、または代理人の方がお聞きになる場合には、☐に☑して頂き、氏名患者さんとの関係を記載してください。
※　代理人の方は、代理人本人を証明するもの（運転免許証など顔写真付きの身分証明書）をご持参ください。また、コピーさせて頂くことにもご同意ください。