

(別紙様式1)

セカンド・オピニオン相談同意書

やました（甲状腺・副甲状腺）クリニック院長

平成 年 月 日

私は、下記の者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、やましたクリニックでセカンド・オピニオンを求めることに同意します。

本人

住所:

氏名:

連絡先電話番号:

記

相談者（セカンド・オピニオンを求める者）

① 氏名 間柄（本人から見て）

② 氏名 間柄（本人から見て）

③ 氏名 間柄（本人から見て）

注1: 本人に関しては直筆で記入願います。

注2: 相談者は、相談者本人を証明するもの（運転免許証、保険証等）をご持参願います。

注3: 相談者は3名までをお願いします。