

# 八戸市立市民病院 セカンドオピニオン同意書

- \*相談においでになる方（本人・ご家族等）のお名前をお書きください。
- \*ご本人がおいでになれない場合も原則ご本人のサインと印が必要です。
- \*ご家族の方のみの場合は、身元を証明できるもの（運転免許証・健康保険証等）を必ずご持参ください。
- \* \_\_\_\_\_ の箇所は直筆でご記入ください。

平成 年 月 日

私は、貴院担当医師が本同意書を提出した下記の相談者に対して、私の疾患についての診断、治療内容および今後の見通しに意見や判断を述べ、私の主治医宛に診療情報提供書を作成することに同意いたします。

(フリガナ)  
・ 本人氏名 \_\_\_\_\_ 印

・ 生年月日 (大正・昭和・平成) \_\_\_\_\_ 年 月 日

## ① ご家族等 (代諾者)

(フリガナ) \_\_\_\_\_ 続柄 (ご本人から見て)  
氏名  
住所 \_\_\_\_\_ 電話番号

## ② ご家族等 (同席者)

(フリガナ) \_\_\_\_\_ 続柄 (ご本人から見て)  
氏名  
(フリガナ) \_\_\_\_\_ 続柄 (ご本人から見て)  
氏名

## ③ 代筆の場合は代諾者が理由をお書きください

-----  
-----  
-----  
-----  
-----