# 公立八鹿病院　セカンドオピニオン承諾書

私（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、貴院の医師が本承諾書を持参しました（来院者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、私の疾患に関する診断や治療方法などについて意見（セカンドオピニオン）を述べることを承諾します。

なお、セカンドオピニオンを受けることにつき、セカンドオピニオンに必要な私個人の診療情報等を「公立八鹿病院」の医師に提供すること、及びその情報に基づいた意見を「公立八鹿病院」の医師が上記の来院者に伝え、その報告書を紹介元の主治医に提供することについても、あわせて承諾します。

年　　月　　日

公立八鹿病院　院長　様

患者住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（生年月日：（大正、昭和、平成、令和）　　年　　月　　日）