（セカンド・オピニオン承諾書）

承　諾　書

　私（本人氏名）　　　　　　　　　　　　　　は、貴院の医師が、本承諾書

を持参した（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

ことを承諾いたします。

平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　患者氏名：　　　　　　　　　　印