

## セカンドオピニオン同意書

私は、下記相談者が私の疾病に対する診断および治療方針について  
新潟市民病院のセカンドオピニオンを受けることを同意致します。

令和 年 月 日

○本人氏名(署名) \_\_\_\_\_

○代理人氏名(署名) \_\_\_\_\_

(続柄: \_\_\_\_\_)

○相談者氏名(署名) \_\_\_\_\_

(続柄: \_\_\_\_\_)