様式１

セカンド・オピニオン相談承諾書

千葉県千葉リハビリテーションセンター長様

私（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本書を持参しました（ご相談者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、貴院担当医師が私の疾患についての治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに承諾します。

平成　　年　　月　　日

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（代筆者氏名：　　続柄：　　）

生年月日：大正・昭和・平成　　年　　月　　日生

電話番号：　　（　　）