

セカンドオピニオン同意書兼委任状

私（患者さん） _____ は、本同意書を持参
しました（ご相談者名） _____（患者さん
との続柄： _____）に対して、日本大学医学部附属板橋病院の担
当医師が、私の疾患に関する診断、治療内容や治療方法等について意
見を提供し、紹介元の担当医師に相談内容、意見等の報告書が作成さ
れることに同意いたします。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

※ご本人以外の方のみでセカンドオピニオンを希望される場合は、
本同意書兼委任状の提出が必ず必要となります。

※患者さんご相談者との関係を証明するもの（住民票・戸籍謄本
等）と相談者ご本人の身分証明書（運転免許証・パスポート等）
を必ずご持参下さい。