

セカンドオピニオン外来同意書

年 月 日

私は、自身の病状に関する主治医からの資料を持参させました下記の者に池上総合病院の医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意します。

池上総合病院長 殿

患者氏名	(フリガナ) 印
生年月日	(明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日)
相談者氏名	(フリガナ)
続柄	

相談者の方は、患者様ご本人との続柄を確認できるもの(健康保険証・住民票等)を当日ご持参下さい。

【申込書・同意書の提出先】

郵送の場合：〒146-8531

東京都大田区池上6-1-19 池上総合病院 医療連携室

持参の場合：池上総合病院 A館1階 患者様支援センター受付

月～金 8:30～17:00 土 8:30～12:30