

けいゆう病院 セカンドオピニオン外来同意書

けいゆう病院院長 殿

私、_____ は、本同意書を持参した
相談者 _____ に対して、
貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容
今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ
私の主治医宛に報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

住 所 _____

患者署名 _____ 印
(直筆は印省略可)

代理人署名 _____ 印 続柄 _____
(直筆は印省略可)

※ ご本人が署名できない場合は、親族などの代理人がご署名ください