

中国中央病院セカンドオピニオン外来 相談同意書

私(患者様氏名) _____ は、

私の症状についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、

中国中央病院にセカンドオピニオンを依頼いたします。

また、私の代理人として、本同意書を持参いたしました

(ご相談者氏名) _____ に対して、貴病院担当者が担当医師が意見や判断を

述べること、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

患者様ご署名

印

生年月日

年

月

日

ご住所: