

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。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様ご署名

印

生年月日（大正・昭和・平成）

年

月

日

ご住所：