

セカンドオピニオン相談同意書

三豊総合病院長 殿

私(患者氏名) _____ は、本同意書を持参した

(依頼者) _____ が私の代理人であり、

私の疾患に関してセカンドオピニオンを受け専門医の診断及び治療内容や
予後についての意見や判断を述べ、私の主治医に報告書が作成されること
についても同意いたします。

平成 年 月 日

患者住所

患者氏名 _____ (印)