

日本鋼管福山病院 セカンドオピニオン外来

相談同意書

私(患者様氏名) \_\_\_\_\_ の代理人として、本同意書を持参しました

(相談者様氏名) \_\_\_\_\_ に対して、貴院担当医師が意見や判断を述べ、主治医宛の報告書を渡すことに同意いたします。

令和 年 月 日

患者様 署名: 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日