

セカンドオピニオン外来

相談同意書

私は、以下の者が私の代理人として、指扇病院セカンドオピニオン外来を受診し、私の治療内容等について相談し意見を聞くことに同意します。

(代理人氏名)

(患者との続柄)

(代理人氏名)

(患者との続柄)

(代理人氏名)

(患者との続柄)

平成 年 月 日

(患者住所)

(患者氏名)

印