鈴鹿中央総合病院 セカンドオピニオン外来

相 談 同 意 書

鈴鹿中央総合病院 殿

私、(患者氏名)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　は、

私の病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、 鈴鹿中央総合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、下記の相談者

 （相談者氏名）　　　　　　　　　　　　 に対して、貴院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

患者さまご署名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　 　　生 年 月 日　　　　年　　　月　　　日

ご 住 所