

様式2 (家族等による相談の場合に持参していただく同意書)

セカンドオピニオン 代理相談同意書

公立置賜総合病院長 殿

私 (患者様氏名) _____ は、本同意書を持参した

(相談者の氏名) _____ に対して、当院の担当医師が私の疾患に
ついての診断及び治療内容等について、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成
されることに同意します。

平成 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ (印)

生年月日 大・昭・平 年 月 日生 (歳)