

相談兼返信 同意書

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、
和泉市立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、本同意書を持参いたしました

(ご相談者氏名) _____ に対して、貴院担当医師が意見や判断を述
べることに同意いたします。

なお、紹介状を持参した場合には、私の主治医宛に報告書が作成されることに同意い
たします。

年 月 日

住 所 _____

生年月日 _____ 年 月 日

患者氏名(ご署名) _____ ④