

同 意 書

一般社団法人巨樹の会 新久喜総合病院
病院長 様

私は、 年 月 日に行われる私の疾患についての診断の内容や現在実施され、
または今後行うこととして提案されている治療法等に関し、一般社団法人 巨樹の会 新久喜総合
病院にセカンドオピニオンを依頼いたします。

また、私の代理として (ご相談者) _____ (続柄) _____ に対
し病状等の内容について話をし、私の主治医宛での報告書が作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

署 名 _____

住 所 _____

連 絡 先 _____
(お電話番号)