

同意書

医療法人社団埼玉巨樹の会 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、医療法人社団 埼玉巨樹の会 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)