

# 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をし、私の主治医宛て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)