

# 同 意 書

社会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、社会医療法人社団 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。

年 月 日

署 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

連 絡 先 \_\_\_\_\_  
(お電話番号)