

同 意 書

相澤病院院長 殿

私は令和 年 月 日に行われる私の病状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る治療法などに関し、相澤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 _____ に病状などの内容について話をすることに同意いたします。

令和 年 月 日

署 名 (自署)

住 所

連絡先電話番号

- * 患者ご本人が署名することができない場合は、その事由を申込書の「患者様の現在の状況」欄にご記入ください。その場合はこの同意書の提出は必要ありません。