

中日病院

セカンドオピニオン外来相談同意書

私(患者様氏名)は、
私の症状についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、

中日病院にセカンドオピニオンを依頼します。

また、私の代理人として、本同意書を持参いたしました

(代理人様氏名)に対して、貴院担当医師が意見
や判断を述べること、私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

年 月 日

生年月日(明治、大正、昭和、平成) 年 月 日

対象者(患者様) 印