

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、
私の病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。

平成 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