

セカンドオピニオン外来同意書

埼玉県立循環器・呼吸器病センター

病院長 様

私は、本同意書を持参した代理人に対し、埼玉県立循環器・呼吸器病センターの担当医師が、私の病気に関する診断や治療内容等についての意見や判断を述べ、私の主治医に報告書を作成することに同意します。

年 月 日

患者 住所 _____

氏名 _____ 印

※患者ご本人の直筆であれば印鑑は必要ありません

生年月日 _____ 年 月 日生

代理人 住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日生

※患者さんが未成年でも意思表示ができる場合は、原則として同意書を書いてもらってください。