

セカンドオピニオン同意書

佐世保市総合医療センター院長 様

私（患者様氏名）_____は、

私の代理人として、本同意書を持参しました

_____（ご相談者氏名）（続柄：_____）に対して、

私の病状についての診断および治療内容、今後の見通しについて、

貴院の担当医師が意見や判断を述べ、主治医あての意見書が作成されることに

同意いたします。

令和 年 月 日

患者様ご署名

印

ご住所

生年月日