

川崎市立多摩病院 セカンドオピニオン相談同意書

川崎市立多摩病院長 殿

私、_____は、本同意書を持参した

相談者_____に対して、

貴院、セカンドオピニオン担当医師が、私の疾患についての診断
及び治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を延べ、
私の主治医宛に報告書が作成されることに同意いたします。

(西暦) 年 月 日

住 所 : _____

患者氏名 : _____ 印

(直筆は印省略可)

代理人署名 : _____ 印 患者さんとの関係 _____

※ご本人が署名できない場合は、親族等の代理人がご署名下さい。 (直筆は印省略可)