

社会医療法人厚生会
木沢記念病院 病院長 殿

同意書

私（患者本人）は、

代理人 _____（本人との続柄： _____）が、

私の治療に関する相談を受けることについて同意します。

※セカンドオピニオンとは

現在かかっている主治医以外の医師から診断、治療方法について助言を得ることをいいます。

平成 年 月 日

患者さま氏名 _____ ⑩

生年月日 _____ 年 月 日 生まれ

注) セカンドオピニオン外来当日に、お持ちいただき、ご提出ください。

なお、代理人は患者さまとの関係を証明するもの（住民票、戸籍謄本等）をご提示いただきます。