

セカンドオピニオン外来 同意書

秋田赤十字病院長 様

私は令和 年 月 日に行われる私の病状についての診断及び治療内容、
今後の見通し等に関しセカンドオピニオンを依頼します。

また代理人として()に病状等の内容についての話を
すること、私の主治医あてに報告書が提供されることに同意いたします。

令和 年 月 日

患者氏名

印

住 所

電話番号