

セカンドオピニオン外来同意書

医療法人 財団恵仁会 藤木病院長 殿

私は、貴院担当医師がこの同意書を持参した下記の者に対し、私の疾患に関する診断内容や今後の治療方針等について意見や判断を述べ、私の主治医あてに文書で報告することに同意します。

令和 年 月 日

住 所 _____

生年月日 (大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和) 年 月 日

患者様の氏名 _____ (印)

《同意を与えたご家族》

住 所 _____

生年月日 (大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和) 年 月 日

ご家族の氏名 _____

患者様との続柄 _____