

東京品川病院 セカンドオピニオン同意書

私は、私の代理人として本同意書を持参した

代理人署名 _____ 続柄 _____

に対して、貴院担当医師が、私の病状・診断・治療方針などに関する意見や判断を述べること、及び私の主治医宛てにその内容に関する報告書が作成されることに同意致します。

西暦 年 月 日

患者署名 _____

住所 _____

生年月日 西暦 年 月 日生 _____