

同意書

千船病院長 様

平成 年 月 日

私（患者様氏名）_____は、本同意書を持参した下記の者に対して、
貴院担当医師が自身の疾患について、現在治療を受けている担当医（主治医）の診断および治療内容、今後の治療方法などについて意見や判断を述べることおよび担当医（主治医）宛の報告書が作成され、返送されることに同意いたします。

フリガナ

患者様氏名 _____ 印 _____

生年月日 (大正・昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日

相談者（セカンドオピニオンを求める者）

①氏名 _____ 続柄 (本人から見て) _____

②氏名 _____ 続柄 (本人から見て) _____

③氏名 _____ 続柄 (本人から見て) _____

- 相談者をご家族の場合のみ、患者さまご本人が記入して下さい。
- 相談者が多数の場合は、裏面にご記入下さい。