

同意書

医療法人協愛会 阿知須共立病院長 殿

平成 年 月 日

私（患者様氏名） _____ は、本同意書を持参しました
下記の者に対して、貴院担当医師が私の疾患について、現在治療を受けている
主治医の診断および治療内容、今後の見通し等について意見や判断を述べ、
私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

ふりがな
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） _____