

浅間総合病院セカンドオピニオン

同意書

私 _____ は、下記の代理人が浅間総合病院で
現在診療を受けている医療機関の診断や治療内容について、貴院担当医師が意見や
判断を述べ、私の主治医宛の報告書が作成されることを同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者署名 _____

代理人（相談者） _____ 患者との続柄（ _____ ）