

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。

平成 年 月 日

患者署名 \_\_\_\_\_

代理人（相談者） \_\_\_\_\_ 患者との続柄（ ）