

相談同意書

私の病状についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、国立病院機構仙台西多賀病院にセカンドオピニオンを依頼いたします。

また、私の代理人として相談者(ご相談者氏名)_____に
対して、貴院担当医師が意見や判断を述べること、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。

令和 年 月 日

患者さんご署名 _____ 印

生年月日(大・昭・平・令) 年 月 日生

ご住所: