

がんに関するセカンドオピニオン外来 同意書

栃木県済生会宇都宮病院
病院長 様

私は、セカンドオピニオン外来の受診にあたり、以下の者を代理人とします。
代理人は、セカンドオピニオン外来の目的、自由診療であることを十分に理解しており、私の疾病に関する治療法の参考意見の提供を受けることに同意します。

令和 年 月 日

代理人氏名 _____

患者様生年月日 (大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生

患者様氏名 _____ 印