

セカンドオピニオン外来 同意書

秋田赤十字病院長 様

私は 令和 年 月 日に行なわれる私の病状についての診断内容や現在実施され、または今後行なうこととして提案されている治療法等に関し、秋田赤十字病院にセカンドオピニオンを依頼します。

また私の代理人として、() に病状等の内容についての話をすることに同意します。

令和 年 月 日

患者氏名

印

住所

連絡先電話番号