セカンドオピニオン相談同意書

相談代理人氏名：

相談代理人住所：

患者（同意者）との関係：

私、　　は、上記の者が、下記の事項について相談を受ける事に同意致します。

記

私の今後の診療方針について、貴院セカンドオピニオン外来を受けること

年　　月　　日

患者（同意者）住所：

患者（同意者）氏名：　　印

H26.9.1～