

春日部嬉泉病院 セカンドオピニオン外来 相談同意書

私（患者様氏名） _____ は、

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、

春日部嬉泉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、下記の相談者

（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。

☐ 提出日： 年 月 日

☐ 患者様ご署名：

☐ 生年月日： 年 月 日生（ 歳）

☐ 連絡先

ご住所〒

連絡先：TEL

※上記に患者様のご生年月日、ご住所のご記入お願いいたします。