

セカンドオピニオン外来相談同意(委任)書

みやぎ県南中核病院長 殿

私(患者氏名) _____ は、本同意(委任)書を持参した
(相談者氏名) _____ に対して、貴院担当医師が私の疾患
についての診断および治療内容、今後の見通しに関して、意見や判断を述べ、私の主治
医あての報告書が作成されることに同意し、委任いたします。

平成 年 月 日

生年月日(明・大・昭・平) _____ 年 月 日生

患者氏名 _____ 印