

同意書

横浜栄共済病院長 殿

私（患者氏名）_____は、本同意書を持参しました
相談者（氏名）_____（続柄：_____）に対して、私の
疾病についての診断及び治療方法等に関し、セカンドオピニオン
としての意見や判断を述べること及び、所見結果を書類として渡
すことに同意します。

平成 _____年 _____月 _____日

患者氏名 _____ ?

生年月日（明治・大正・昭和・平成） _____年 _____月 _____日生

住 所 _____ 県 _____ 市 _____ 町

電話番号 _____ - _____ - _____