

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。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名: _____ ⑩

生年月日: _____ (大正・昭和・平成・令和) _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所: _____

電話番号: _____