

同意書

聖隷予防検診センター所長 殿

____年 月 日

私(患者様氏名) _____ は、本同意書を持参しました下記の者に対して、貴センター担当医師が私の疾患について、現在治療を受けている主治医の診断および治療内容、今後の見通し等につい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ます。

ふりがな
患者様氏名 _____ 印

生年月日(西暦) _____ 年 月 日

相談者 (セカンドオピニオンを求める者)

①氏名 _____ 続柄 (本人から見て) _____

②氏名 _____ 続柄 (本人から見て) _____

③氏名 _____ 続柄 (本人から見て) _____