

セカンドオピニオン外来相談同意書

私(本人氏名 _____) は
本同意書を持参しました
代理人(又は保護者) _____ (続柄: _____)が、
綾部市立病院でセカンドオピニオン(現在診療を受けている医療機関の
医師の治療や判断について、主治医以外の医療機関の意見を聞く事)を
受けることについて同意いたします。

年 月 日

患者氏名 _____ ⑩

直筆の場合は⑩はいりません

生年月日 _____ 年 月 日

本人が署名できない、もしくは18歳未満の場合は代理人又は保護者の方が下欄に 署名をお願いいたします。

代理人氏名 _____

保護者氏名 _____