

相談同意書

私（患者さん氏名）_____は、

私の病状についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、
荻窪病院にセカンドオピニオンを依頼します。

また、私の代理人として、本同意書を持参しました

（ご相談者氏名）_____に対して、貴院担当医師が意見や判断を
述べることに、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

西暦 年 月 日

患者さんご署名 _____ 印

生年月日（大正、昭和、平成） _____ 年 月 日

ご住所 _____