

セカンドオピニオン外来 相談同意書

私、 _____ 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、独立行政法人国立病院機構 山口宇部医療センター にセカンドオピニオンを希望します。

また、私の代理として本同意書を持参いたしました _____ (続柄 _____) に対して、担当医師が意見を述べることに同意いたします。

平成 年 月 日

署名： _____ 印

生年月日：(明・大・昭・平) 年 月 日

住所： _____