

尼崎中央病院セカンドオピニオン外来相談同意書

年 月 日

【代理人】

住 所

氏 名

生年月日 T・S・H・R 年 月 日生

性 別 男 女

私（患者氏名）_____は、上記の者を代理人としてセカンドオピニオンに関することに同意します。

【患者様】

住 所

氏 名

連絡先

代理人との関係

代筆者氏名

患者との続柄

- ※ 相談同意書は患者さんが自筆で記入してください。止むを得ずに自筆で記入できない場合は、代筆者が記入し、代筆者氏名欄に署名してください。
- ※ 記入いただいた個人情報は、セカンドオピニオンの提供に利用するものであり、この目的以外には使いません。