

同 意 書

相澤東病院長 殿

私は（西暦） 年 月 日に行われる私の病状についての
診断の内容や、現在実施され又は今後行うこととして提案される治療法など
に関し、相澤東病院にセカンドオピニオンを依頼いたします。

また、私の代理人として _____ に病状などの
内容について話をすることに同意いたします。

（西暦） 年 月 日

署 名

住 所

連絡先電話番号

- * 患者ご本人が署名することができない場合は、その事由を申込書の
「患者様の現在の状況」欄にご記入ください。その場合はこの同意書の
提出は必要ありません。