

セカンドオピニオン相談承諾書

社会医療法人壮幸会行田総合病院
理事長

私は、本承諾書を持参した代理人に対し、社会医療法人壮幸会行田総合病院の担当医師が、私の疾患に関する診断や治療内容等についての意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書が作成されることに承諾します。

平成 年 月 日

患者 住所: _____

氏 名: _____ (印)

* 患者ご本人の直筆であれば印鑑は必要ありません

生年月日: 大正・昭和・平成 年 月 日生

(代筆者氏名: _____ 続柄: _____)

代理人 住所: _____

氏 名: _____

生年月日: 大正・昭和・平成 年 月 日生