

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。

令和 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・令和 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・令和 年 月 日生