

社会医療法人天神会 古賀病院21 セカンドオピニオン外来
相談同意書

社会医療法人 天神会
古賀病院21 病院長 殿

私(患者さん氏名)_____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、
社会医療法人天神会 古賀病院21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、下記の相談者
(ご相談者氏名) _____ に対して、貴院担当医師が意見や判断を
述べること、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

令和 年 月 日

患者さんご署名 自署

生年月日(大正、昭和、平成、令和) 年 月 日生