古賀病院21 放射線治療センター 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	人氏名)_			す 、
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、				
古賀病院21 放射線治療センター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	
令和	年	月	日	

患者さんご署名

生年月日(大正、昭和、平成、令和) 年 月 日生

社会医療法人 天神会 KOGA 古賀病院グループ

自署