

社会医療法人天神会 新古賀病院 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
新古賀病院 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 新古賀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、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