様式第１号（第３項関係）

家族等によるセカンドオピニオン外来の相談に関する同意書

天童市民病院長　様

私（患者さんの氏名）は、この同意書を持参した（家族等の氏名）に対して、貴院の担当医師が私の疾患に係る診断、治療内容等について意見若しくは判断を述べ、又は私の主治医に対して報告書等を作成することに同意します。

令和　　年　　月　　日

住　所

生年月日（明・大・昭・平）　　　年　　月　　日生

氏　名　　　　　　　　　　　　㊞