名古屋セントラル病院

セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者さん氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、

私の病状についての診断及び治療内容、今後の見通しにつきまして、

名古屋セントラル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、本同意書を持参いたしました

（代理人氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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。

年　　月　　日

生年月日　　年　　月　　日

対象者（患者さん氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印