同　意　書

医療法人社団埼玉巨樹の会　新久喜総合病院
病院長　様

私は、　　年　　月　　日に行われる私の疾患についての診断の内容や現在実施され、または今後行うこととして提案されている治療法等に関し、医療法人社団　埼玉巨樹の会　新久喜総合病院にセカンドオピニオンを依頼いたします。

また、私の代理として（ご相談者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）＿＿＿＿＿＿に対し病状等の内容について話をし、私の主治医宛ての報告書が作成されることに同意いたします。

平成　　年　　月　　日

署　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（お電話番号）