同　意　書

社会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、社会医療法人社団　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。

年　　月　　日

署　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（お電話番号）