

同意書

横須賀共済病院長殿

私（患者氏名）_____は、本同意書を持参しました
（相談者）_____に対して、私の疾病についての診断及び
治療方法等に関し、セカンドオピニオンとしての意見や判断を述べることや、
所見結果を書類として渡すことに同意します。

年 月 日

（患者氏名）_____ 印

生年月日（M・T・S・H・R） 年 月 日生

住 所 _____ 市 _____ 町 _____

連絡先 _____ — _____