

オンラインセカンドオピニオンにかかる同意書

【代理人】

(代理人氏名)

(患者本人との続柄)

(代理人住所)

(代理人連絡先)

私は、上記を代理人として定め、貴院担当医師が代理人に対して、私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通し等につきまして、意見や判断の話しをすることに同意します。

年 月 日

【患者本人】

〒

(住 所)

(氏 名)

㊟

(生年月日)

年

月

日生

※この同意書は、患者様本人が記入し、押印したものを当院まで郵送ください。