

島根県立中央病院長 様

同 意 書

私 (患者氏名) _____ は、本同意書を持参しました

(ご相談者) _____ (続柄) _____ に対して、貴院担当医師が

私の疾病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、

意見や判断を述べ、報告書が作成されることに同意いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生年月日 _____ (明治・大正・昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日生

患者氏名 _____ 印

島根県立中央病院長 様

同 意 書

(患者氏名)

セカンドオピニオンにより、貴院担当医師が疾病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、意見や判断を述べ、報告書が
作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

患者氏名

親権者等(続柄) 印

親権者等(続柄) 印

※上記の親権者等氏名欄(可能ならば患者氏名も)は自筆にてご記入下さい。