

同意書

私（患者さん氏名） _____ は、
私の病状についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、松阪市民病院にオンラインセカンドオピニオンを依頼いたします。

また、私の代理人として、下記の相談者
（ご相談者氏名） _____ に対して、貴院担当医師が意見や判断を述べる
こと、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

令和 年 月 日

患者本人署名 _____

生年月日（大正・昭和・平成・令和・西暦） _____ 年 月 日

ご住所： _____

お電話： _____