

セカンドオピニオン外来相談同意書

私(本人氏名 _____) は
本同意書を持参しました
代理人(又は保護者) _____ (続柄: _____) が、
市立福知山市民病院でセカンドオピニオン(現在診療を受けて
いる医療機関の医師の治療や判断について、主治医以外の医
療機関の意見を聞く事)を受けることについて同意いたします。

平成 年 月 日

患者氏名 _____ ㊟

捺印は、署名が直筆であれば省略できます。

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人が署名できない、もしくは18歳未満の場合は代理人又は保護者の方が下欄に署名をお願いいたします。

代理人氏名 _____

保護者氏名 _____