

セカンドオピニオン外来

同意書

国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院長 殿

私 (患者氏名) _____ は、本同意書を持参しました

(相談者氏名) _____ (患者との関係) _____ が、

代理人として、貴院でのセカンドオピニオンを受けることに同意いたします。

また、代理人に対して、貴院の専門医が私の疾患に関する意見や判断を述べ、
並びに私の主治医宛での報告書が作成されることについても同意いたします。

*代理人は一親等以内の方をお願い致します。

同意日 令和 年 月 日

患者氏名 : _____ (印)

住 所 : _____