

同意書

私は、私の病状に関する診断や治療方針等について、JR 東京総合病院にセカンドオピニオンを依頼します。

また、私の代理として、

_____（代理人氏名）が私の病状等に関する意見等を聞くことやそれに対する意見を述べること、医師が作成した報告書を受け取ることに同意します。

平成 年 月 日

氏 名

印

生年月日

ご住所

上記の「氏名」には、患者さまご本人が記名・押印をしてください。