別紙 3

セカンドオピニオン外来相談同意書

安城更生病院長殿

私（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、私の病状についての診断内容や現在実施され、または今後行うこととして提案されている治療法等に関し、安城更生病院に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、（代理人氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）＿＿＿＿＿に病状等の内容について話をすることに同意いたします。

令和　　年　　月　　日

患者氏名（直筆）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

生年月日　（大正　昭和　平成　令和）　　年　　月　　日

＊患者さんとの続柄が確認できる書類をお持ちください。（健康保険証等）