

同意書

平塚共済病院長 殿

私は、 年 月 日に行われる私の病状についての診断の内容や現在
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、平塚共済病院に
セカンドオピニオンを依頼いたします。また私の代理として _____ に
病状の内容について話をすることに同意いたします。

平成 年 月 日

署名 _____

住所 _____

連絡先電話番号 _____

※ご相談の方が患者さん以外の場合は、相談者ご本人が確認ができるもの（健康保険証・免許証等）をご持参願います。