

セカンド・オピニオンに対する同意書

日本赤十字社和歌山医療センター 院長 殿

私(患者様氏名) _____ は、本同意書を持参しました
(相談者氏名) _____ (続柄[※]) _____ に対して、貴センター担当医師が
私の疾患についての診断、治療内容及び今後の見通しについて意見や判断を述べ、私の
主治医あての報告書が作成されることに同意します。

※ 二親等内の親族に限る。

令和 年 月 日

患者様氏名 _____

印