

岸和田リハビリテーション病院
セカンドオピニオン 相談同意書

私(患者さま氏名) _____ は、
私の病状についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、岸和田リハビリテーション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、下記の相談者
(ご家族さま氏名) _____ に対して、貴院担当医師が私の疾患について意見や判断を述べること、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

令和 年 月 日

(ご本人)

患者さまご署名 _____ 印
生年月日 _____ 年 月 日生
住 所 _____

(代理人)

ご家族さまご署名 _____ 印
生年月日 _____ 年 月 日生
住 所 _____
患者さまとの続柄(_____)