

文書 1)

相談同意書

相談を受ける代理人の氏名

相談を受ける代理人の住所

同意者（患者）との関係

私は上記の者に、下記の事項を委任いたします。

記

患者の診療方針について、 年 月 日のセカンドオピニオン外来を
受けること

年 月 日

患者住所

患者氏名

同意者（親権者）氏名

印