

桐生厚生総合病院のセカンドオピニオン外来での
相談のための同意書

私（患者さん氏名）_____は、私の病状についての
診断及び治療内容、今後の見通しについて、桐生厚生総合病院にセカンド
オピニオンを依頼します。

また、私の代理人として、本同意書を持参しました

（ご相談者氏名）_____（続柄）_____

に対して、貴院担当医師が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します。

令和 年 月 日

患者さん自身の

ご署名 _____ 印

生年月日

大正・昭和・平成・令和 年 月 日

ご住所