

《様式2》

同 意 書

社会医療法人愛生会
総合上飯田第一病院 殿

____年 ____月 ____日

私（患者様氏名）_____は、本同意書を
持参しました下記の者に対して、貴院担当医師が私の疾患について、現在治
療を受けている主治医の診断および診療内容、今後の見通し等について意見
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。

ふりがな

患者様氏名

印

生年月日（西暦）

____年 ____月 ____日

相談者（セカンドオピニオンを求める者）

①氏名

続柄（本人から見て）

②氏名

続柄（本人から見て）

③氏名

続柄（本人から見て）