

神戸アドベンチスト病院

代理セカンドオピニオン同意書

(ご相談者が、患者本人以外の場合は本同意書を必ず提出ください)

神戸アドベンチスト病院 殿

私(患者氏名) _____ は、本同意書を持参しました。

(ご相談者) _____ (続柄) _____ に

対して、貴院担当医師が私の疾患について診断及び、治療内容、
今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医宛
の報告書が作成されることに同意いたします。

_____ 年 月 日

住所：

氏名：

生年月日：

電話番号：

携帯番号：
