

同意書

熊本市医師会
熊本地域医療センター院長 様

私は、 年 月 日に行われる私の病状についての診断の内容や
現在実施され、または今後行うこととして提案されている治療法等に関し、熊
本地域医療センター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、()に病状等の内容について話を
することに同意いたします。

(*代理人は一親等以内の方をお願いします。)

年 月 日

患者氏名

印

住所

連絡先電話番号