

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

私は上記の者が、下記の事項を相談することに同意いたします。

記

私の診療方針について、令和 年 月 日のセカンドオピニオン・病理

相談外来を受けること

令和 年 月 日

同意者(患者)住所

同意者(患者)氏名

印

(患者が未成年で親権者以外を指名する場合)

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、令和 年 月 日のセカンドオピニオン・病理
相談外来を受けること

令和 年 月 日

患者住所

患者氏名

同意者（親権者）氏名

印