相談同意書

代理人の氏名

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

代理人の氏名

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