

同意書

熊本赤十字病院長 様

私は 令和 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、熊本赤十字病院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。)

令和 年 月 日

患者氏名

印

住所

連絡先電話番号