同　意　書

横浜栄共済病院長　殿

私（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参しました相談者（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　）に対して、私の疾病についての診断及び治療方法等に関し、セカンドオピニオンとしての意見や判断を述べること及び、所見結果を書類として渡すことに同意します。

平成　　年　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

生年月日（明治・大正・昭和・平成）　年　月　日生

住　所　　県　　市　　町

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　　－　　－