

セカンドオピニオン外来同意書

平成 年 月 日

村上記念病院長殿

患者氏名 _____ ⑩

(生年月日 年 月 日)

私はこの度、村上記念病院において下記の者がセカンドオピニオンを受けすることに同意します。

相談者氏名 _____

患者さんとの関係 ()