

セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者）は、下記家族の者がセカンドオピニオン外来相談を受けることに同意します。

医療法人順風会 天山病院
院長 宇都宮一泰 殿

年 月 日

(患者本人) 氏名 _____

※自筆又は記名押印

(代筆者 _____ (続柄) _____)

(ご家族) 氏名 _____

※自筆又は記名押印

(続柄) _____