

黒沢病院附属ヘルスパーククリニック・セカンドオピニオン外来

相談同意書(兼委任状・同席)

黒沢病院 殿

私(患者様氏名) _____ は、私の病状についての診断及び治療内容を
貴院担当医師が、今後の見通しについての意見や判断を述べることに同意致します。

※ また私の代理人(同席者)として、 (ご相談者) _____ (続柄)

に病状等の内容について話をすることに同意致します。

※に関しては、該当する場合のみご記入ください。

年 月 日

生年月日 _____ 年 月 日

名前 _____ (患者様氏名) _____ 印

住所 _____

電話番号 _____

日付	受付者