

## セカンドオピニオン外来同意書

社会福祉法人<sup>恩賜財団</sup>済生会支部  
埼玉県済生会栗橋病院  
院長 長原 光 様

私は、本同意書を持参した代理人に対し、済生会栗橋病院の担当医師が、私の病気に関する診断や治療内容等についての意見や判断を述べ、私の主治医に報告書を作成することに同意します。

年 月 日

患者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

\*患者様ご本人の直筆であれば印鑑は必要ありません

生年月日 年 月 日生

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 年 月 日生