

北関東循環器病院

セカンドオピニオン外来、  
プライマリーコンサルテーション外来

相談同意書

私（患者氏名） \_\_\_\_\_ は、

私の病状について、北関東循環器病院に（どちらかを選択してください）

セカンドオピニオン                      プライマリーコンサルテーション

を依頼いたします。

また、私の代理人として、本同意書を持参いたしました

（ご相談者氏名） \_\_\_\_\_ に対して、

貴院担当医師が意見や判断を述べることに同意いたします。

20        年        月        日

患者ご署名

⑩

生年月日（大正 昭和 平成）                      年                      月                      日生

ご住所