

家族によるセカンドオピニオン同意書

松本市立病院病院長 殿

私（患者氏名） _____ は、本同意書を持参しました

（代理人氏名） _____ （続柄） _____ を私の代理人として、

私の疾患の診断や治療内容、今後の見通しなどについて、意見や判断を伝えることに
同意いたします。

また、私の主治医宛に報告書を作成されることに同意いたします。

令和 年 月 日

患者氏名 _____ 印

住 所 _____

電話番号 _____