

松江生協病院長 様
ふれあい診療所長 様

親 権 者 用 同 意 書

(患者氏名) _____

セカンドオピニオンにより、貴院担当医師が疾病についての診断および治療内容、今後の見通し等につきまして、意見や判断を述べ、報告書が作成されることに同意いたします。

令和 年 月 日

患者氏名 _____

親権者等（続柄記入） _____ 印