

同意書

医療法人社団鶴友会 鶴田病院 御中

私（ ）は、以下の者が、私の代理人として、鶴田病院にてセカンドオピニオンを受けることに同意します。

なお、代理人がセカンドオピニオンに必要な私の個人情報等を貴院の医師に提供すること及びその情報に基づいた意見や判断を代理人に伝え、その報告書を紹介元の主治医に提供することについても合わせて同意いたします。

(代理人は原則として二親等以内の方をお願い致します。)

令和 年 月 日

代理人

住 所

氏 名

印 続柄

本 人

住 所

氏 名

印