

# 同意書

茨城西南医療センター病院長 殿

私は 年 月 日に行なわれる私の病状についての診断内容や今後行なうこととして提案される治療法に関し、茨城西南医療センター病院にセカンドオピニオンを依頼いたします。また私の代理として \_\_\_\_\_ に病状等の内容について話をするに同意いたします。

平成 年 月 日

患者署名

患者住所

電話番号