

セカンド・オピニオンに関する承諾書

鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院

病院長 足立 徹也 殿

私（患者氏名）_____は、本書を持参しました、家族
（相談者）_____に対して、貴院担当医師が私の疾患に
ついて、その治療内容・今後の方針等を相談し、ご意見をいただき、私の主治医
あての報告書が作成されることに承諾します。

令和 年 月 日

住所：_____

氏名：_____ 印

（代筆者氏名：_____ 続柄：_____）

生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日生

電話番号：_____（_____）