

東邦大学医療センター大森病院

セカンドオピニオン同意書

東邦大学医療センター大森病院 殿

私(患者氏名) _____ は、

(ご相談者) _____ (続柄) _____ が、貴院のセカンドオピニオン外来を受診することに同意いたします。

令和 年 月 日

住 所 : _____

名 前 : (患者氏名) _____ 印

生年月日 : _____

電話番号 : _____

※やむ得ぬ事情によりご家族のみの受診の場合、記入が必要です。

受診当日に身元を証明できる書類(運転免許証など)をお持ち下さい。