

松江赤十字病院長 様

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）

---

印