**セカンドオピニオン同意書**

社会医療法人社団埼玉巨樹の会　所沢美原総合病院

病院長　様

　私は、貴院担当医師が、私の病状・診断・治療方針などに関する意見や判断を述べること、及び私の主治医宛てにその内容の報告書が作成されることに同意致します。

　また、私の代理として（ご相談者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）　　　　　　に対し病状等の内容について話をすることに同意致します。

　　　　　年　　　　　　月　　　　　日

患者署名

住所

連絡先