

同 意 書

平塚市民病院 病院長 殿

私は、私自身に対する病状についての診断の内容や、
現在、主治医に説明・実施されている治療法および今後行うこととして提案されている治療法
等に関して、平塚市民病院にセカンドオピニオンを依頼いたします。

私の代理人として_____が申し込むこと、
現在の私の病状を話すこと、平塚市民病院の医師から意見を聞くこと
その他、本申し込みに際して必要な事項を、私の代理として行うことについて同意いたします。

私自身が平塚市民病院の定める「セカンドオピニオン外来」の内容を理解し、
病院の規程する事項を了承のうえで申し込んでいることを確約いたします。

令和 年 月 日

署名 :

住所 :

連絡先電話番号 :

* 本人が申し込み手続きを行えない場合、セカンドオピニオン外来当日に本人が同席出来ない場合は
本書を記載し提出して下さい。

* 本人の代理人となれるのは1親等内の親族のみとさせていただきます(下記参照)

本人の配偶者(生計維持関係にある場合のみ)

生計維持関係にある子供(ただし未成年者は除く)

生計維持関係にある父母

生計維持関係にありかつ同一世帯の配偶者の父母

生計維持関係にありかつ同一世帯の子供の配偶者(ただし未成年者は除く)

生計維持関係にありかつ同一世帯の配偶者の子供

以下余白