

セカンド・オピニオン 相談の同意書

浜六郎セカンド・オピニオン 御中

私（本人の氏名）
（同意書持参の相談者氏名）
は、本同意書を持参しました代理人である
貴セカンド・オピニオン相談室の
浜六郎医師が、私の病気や症状についての診断および治療内容、今後の見通しについて、
意見や判断を述べられることに同意いたします。
また、私が必要とした場合に、相談内容をまとめた文書を作成し、代理人に渡していただくことにも、同意いたします。

年 月 日

相談者の住所

相談者本人の氏名 印

相談者本人の生年月日（明治・大正・昭和・平成・西暦） 年 月 日