別紙

セカンド・オピニオン外来同意書

私（患者さん氏名：　　）は、私の病状についての診断及び治療内容等について、愛知県がんセンター愛知病院でのセカンド・オピニオン外来を希望します。

ついては、私の代理人として、本同意書を持参しました（相談者：　　）に対して、私について貴院担当医師が意見や判断を行うこと及び私の主治医に報告されることに同意します。

平成　　年　　月　　日

患者さんの署名：

生年月日：

住　　所：