

同 意 書

慶應義塾大学病院長 殿

私は 年 月 日に行われる私の病状についての診断の内容や現在
実施され、または今後行うこととして提案されている治療法等に関し、慶應義
塾大学病院にセカンドオピニオンを依頼いたします。また私の代理として、
に病状等の内容について話をすることに同意いたします。

平成 年 月 日

署 名

住 所

連絡先電話番号