

家族の方のみ受診の場合の同意書（例）

同 意 書

利根中央病院院長 殿

このたび、私の家族

\_\_\_\_\_（続柄）

\_\_\_\_\_（続柄）

\_\_\_\_\_（続柄）

が、利根中央病院のセカンドオピニオンを受けるため  
受診します。上記の家族が、私の病気の診断・治療について  
意見を求めることに同意します。

年 月 日

患者さんご本人の署名： \_\_\_\_\_