

## 同意書

京都武田病院長 殿

私は平成 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、京都武田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 \_\_\_\_\_