

同意書

記入日 年 月 日

京都府立医科大学附属病院長 様

私は、貴院セカンドオピニオン外来を別紙申込書により申し込み、下記事項に同意します。

「がんセカンドオピニオン外来の申込について」のすべての記載事項

1. 相談者等
2. 申込における注意事項
3. 受付・相談の時間及び費用
4. 相談希望日について
5. その他

患者氏名(自筆署名) _____

※ご本人が自筆署名できない場合や未成年の場合は患者氏名を代筆し、
下記の代筆者(保護者)氏名欄にご署名をお願いいたします。

代筆者(保護者)氏名(自筆署名) _____

本人に代わり相談します。

本人と同席します。

上記項目に対し、がある場合、下記の者が京都府立医科大学附属病院で、
私の病状に関してがんセカンドオピニオンを受けることに同意します。

記

氏名	続柄	施設利用欄 ※身分確認書類
		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> ()

※相談日当日は本人及び同席者は身分確認書類(健康保険証等)を必ず持参して下さい。