

# 同意書

いづろ今村病院院長 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、いづろ今村病院に  
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。

年 月 日

署名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

連絡先(電話番号) \_\_\_\_\_

公益財団法人慈愛会 いづろ今村病院