

セカンドオピニオン外来同意書

(ご相談者が、ご本人以外の場合は必ず提出してください)

ひたちなか総合病院長殿

私は、以下のものが私の代理人としてセカンドオピニオンを受けることを同意いたします。また、セカンドオピニオンを受ける際代理人が必要な個人情報などを医師に提供すること、及びその情報に基づいた意見を医師が代理人に伝え、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

代理人 ①氏名 _____ 続柄 (本人からみて) _____
②氏名 _____ 続柄 (本人からみて) _____
③氏名 _____ 続柄 (本人からみて) _____

年 月 日

患者住所 _____

患者氏名 _____ 印

生年月日 (T ・ S ・ H ・ R) 年 月 日生 _____

この書面はすべて患者本人が記入してください。
代筆の場合は理由をお書き下さい。
相談者は本人を証明するもの (免許証・保険証など) をご持参下さい。

【代筆理由】
