

セカンドオピニオン外来代理受診同意書

市立ひらかた病院 病院長 あて

年 月 日

患者住所 _____

患者氏名 _____

私は、下記の者が市立ひらかた病院で私の病状、治療方針についてセカンドオピニオンを受けることに同意します。

記

代理受診者氏名	患者との続柄	連絡先 (TEL)

※ 患者様御本人の自筆で御記入をお願いします。

※ 代理受診者は、来院時に受付で身分証（健康保険証、運転免許証）と患者との続柄がわかるものを御提示ください。