

セカンドオピニオン外来 代理受診同意書

私は、貴院担当医師が本同意書を提出した下記の相談者に対して、私の疾患に関する診断及び治療ならびに治療方針等、今後の見通しにつき、意見ならびに判断を述べることに同意致します。

年 月 日

フリガナ
ご本人氏名 印

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日

ご住所

相談者 (ご本人以外でセカンドオピニオンを求める方がある場合はご記入下さい)

フリガナ
ご相談者氏名 続柄

フリガナ
ご相談者氏名 続柄

- ※ ご本人の直筆でご記入願います (代筆の場合は下記に理由をご記入下さい)
- ※ 相談者は、本人を証明できるもの (運転免許証・健康保険証等) をご持参のうえ
ご提示願います。

代筆の理由
