

セカンドオピニオン外来代理受診同意書

豊川市民病院長 様

年 月 日

私は、下記の者が、私の病状に関し、豊川市民病院の医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意します。

住 所
(患者本人)
氏 名 _____

記

相談者（本人に代わりセカンドオピニオンを求める者）

ふりがな
氏 名 _____ 患者との関係 _____

ふりがな
氏 名 _____ 患者との関係 _____

ふりがな
氏 名 _____ 患者との関係 _____

注1 セカンドオピニオン外来の当日、相談者は全員、身分を証明できるもの
(運転免許証や健康保険証)をご持参ください。

注2 同意書に記載の無い方は、セカンドオピニオン外来に参加できません。