

セカンドオピニオン外来代理受診同意書

箕面市立病院 宛

私は、下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状（診療情報提供書）、検査資料を持参させ、貴院でセカンドオピニオンを受けることに同意いたします。

平成 年 月 日

患者氏名 _____ ⑩

記

代理受診者氏名	続 柄	連絡先（TEL）

※同意書は、患者さまご本人の直筆で記入してください。

※代理受診者は、患者さまご本人との続柄を確認できるもの（健康保険証等）をご持参のうえご来院ください。