

セカンドオピニオン同意書

瀏野辺総合病院 病院長 殿

私 _____ は、以下の者が、私の代理人として、瀏野辺総合病院にてセカンドオピニオンを受けることに同意します。

なお、セカンドオピニオンをうけることにつき、代理人がセカンドオピニオンが必要な私個人の診療情報等を瀏野辺総合病院の医師に提供すること、及びその情報に基づいた意見を瀏野辺総合病院の医師が代理人に伝え、その報告書を紹介元の主治医に提供することについても、あわせて同意します。

代理人 住所

氏名 (続柄)

西暦 年 月 日

患者本人 住所

氏名 印

※すべてご本人の自書でお願いいたします