

医療法人 山下病院 セカンドオピニオン外来

相談同意書兼委任状

私（患者さん氏名） _____ は、

私の病状についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、

医療法人山下病院にセカンドオピニオンを依頼いたします。

また、私の代理人として、下記の相談者

（ご相談者氏名） _____ に対して、貴院担当医師が意見や判断

を述べること、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者さん自署 _____ 印

生年月日（大正、昭和、平成、令和） _____ 年 _____ 月 _____ 日生

ご住所 : 〒 _____

※相談者は相談者本人を証明できるもの

（運転免許証・パスポート相談者は相談者本人を証明できるもの（運転免許証・パスポート等）が必要です。

※ ご相談者おひとりにつき本同意書が1枚必要となります。

※相談同意書兼委任状は患者ご本人が受診される場合は不要です。