

医療法人八重瀬会 同仁病院

《セカンドオピニオン外来 相談同意書》

同仁病院院長 殿

私（患者本人氏名） _____ は、

セカンドオピニオン外来の代理人 _____ に対して、

貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容や今後の見通し等に

意見や判断を述べ、私の主治医宛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

患者氏名 _____ 印

(大正・昭和・平成・令和 年 月 日生)

代理人氏名 _____ 続柄 (_____)

※注①当日は代理人本人様を確認できるもの（健康保険証・免許証等）をご持参ください。

※注②患者氏名は本人様の直筆でお願いしておりますが、やむを得ず困難な場合は
代筆をお願いいたします。