

国立病院機構鈴鹿病院 セカンドオピニオン 相談同意書(委任状)

私(患者様氏名) _____ は、本同意書を持参しました。

(ご相談者氏名) _____ 続柄(_____)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、今後の見通しにつきまして、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。

平成 年 月 日

(患者様氏名) _____ (印)

生年月日(大正・明治・昭和・平成) 年 月 日生

※ 患者様ご本人が受診されない場合は、患者様ご本人の相談同意書(委任状)と代理で受診される方の身分が証明できるもの(保険証・運転免許証・パスポート等)をご持参ください。