

セカンドオピニオン外来 同意書

(家族等による相談の場合の同意書)

宮崎医療センター病院長 様

私(患者様氏名) _____ は、代理人として

本同意書を持参致しました(相談者氏名) _____

(続柄 : _____) に対して、貴院の担当医師が私の疾患に関する診断や治療内容、今後の見通しについて、意見や診断を述べ、私の主治医あての報告書が作成される事を同意致します。

平成 年 月 日

患者本人署名 (原則として20歳以上の方は必須)

印

本人以外の場合の相談者署名

(続柄 : _____) 印

注)

- ・ 本人の直筆でご記入ください。
- ・ 相談者は、本人を証明するもの(運転免許証、保険証等)をご持参願います。
- ・ 相談者は、患者様との続柄を証明する公的な書類(戸籍謄本等)をご持参願います。