

セカンドオピニオン外来受診 代理相談同意書

(患者本人が受診せず家族による相談の同意書)

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。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者本人署名 (原則として20歳以上の方は必須) 氏名 _____ 印

本人以外の場合の相談者署名 氏名 _____ 印
(続柄 : _____)

住所 _____

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。