

## セカンドオピニオン外来 代理受診同意書

大津赤十字病院長 様

令和 年 月 日

ふ り が な

患者さま氏名 \_\_\_\_\_ 印

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

私は、下記の者に私が現在かかっている医療機関の検査資料などをもとに、  
貴院の医師に対してセカンドオピニオンを求めることを同意いたします。

相談者（代理受診者）

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

※ 患者さまご本人の直筆でご記入をお願いいたします。ただし、自筆困難な場合は代筆で結構です。

※ 相談者は、相談者本人を証明するもの（健康保険証・住民票など）をご持参ください。