セカンドオピニオン　相談同意書

私、　　は以下の者が、私の代理人として、
セカンドオピニオンを受けることに同意します。
代理人がセカンドオピニオンに必要な私個人の診療情報等を医師に提供すること、その情報に基づいた意見を医師から代理人へ伝えること、又、主治医へ報告書が作成されることに同意します。

代理人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

令和　　年　　月　　日

患者名　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日　　年　　月　　日

川口工業総合病院