

セカンドオピニオン外来同意書

大分中村病院長殿

私は、私の病状についての診断及び治療内容、今後の見通し等に関し、大分中村病院の医師にセカンドオピニオンを依頼いたします。

また、私の主治医宛の報告書が作成されること、及び下記の者が同席もしくは私の代理として病状等の内容についてセカンドオピニオンを受けることに同意します。

記入日 年 月 日

本人： 氏 名 _____ 印 _____
性 別 男性 ・ 女性 生 年 月 日 _____ 年 月 日
住 所 _____
電 話 番 号 _____

代筆者： 氏 名 _____ 続 柄 _____
性 別 男性 ・ 女性 生 年 月 日 _____ 年 月 日
住 所 _____
電 話 番 号 _____

同席（代理）者 1： 氏 名 _____ 続 柄 _____
連 絡 先 _____
同席者 2： 氏 名 _____ 続 柄 _____
連 絡 先 _____
同席者 3： 氏 名 _____ 続 柄 _____
連 絡 先 _____

- ・ 本人または代筆者が直筆で全てご記入ください。
- ・ 本人の証明書（マイナンバーカード、運転免許証等）をご持参ください。
- ・ 代筆・代理の場合は、**本人の証明書に加え**、代理・代筆者の証明書もご持参ください。
- ・ 証明書はコピーさせて頂くことがございます。ご了承ください。