

## セカンドオピニオン外来相談同意書 兼 委任状

(ご相談者が、患者本人以外の場合は、本同意書兼委任状を必ず提出)

医療法人阪南会 天の川病院 殿

私 (患者様氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書兼委任状を持参しました

(ご相談者) \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_ に対して、

貴院担当医師が私の病状についての診断および治療内容、今後の見通し等につきまして、意見や判断を述べること、およびその内容について私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

私は、貴院に依頼するセカンドオピニオン外来に関する一切の権限を下記代理人に委任いたします。

令和 年 月 日

患者様住所 \_\_\_\_\_

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

生年月日 (大正・昭和・平成) 年 月 日 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

代理人 (相談者)

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

生年月日 (大正・昭和・平成) 年 月 日 \_\_\_\_\_

- \* この同意書は患者様本人が記入してください。
- \* 相談者は相談者本人を証明できるもの (運転免許証・マイナンバーカード等) が必要となりますので、ご持参ください。
- \* ご相談者おひとりにつき本同意書が 1 枚必要となります。