

セカンドオピニオン外来 代理受診同意書

平成 年 月 日

患者様氏名： _____

住 所： _____

電話番号： _____

私（患者）は、下記の者に病状等に関する主治医の診療情報提供書、資料を持参させ、笹生病院の医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意します。

代理受診者（相談者）

氏 名	続柄	連 絡 先
		住所 TEL
		住所 TEL

注1：患者様ご本人の自署でご記入をお願いいたします。自署困難な場合は代筆で結構です。

注2：代理受診者（相談者）は、代理受診者（相談者）本人を証明するもの（保険証、運転免許証等）をご持参ください。

笹生病院 医療連携室

TEL 0798-37-3131

FAX 0798-37-3132