

## セカンドオピニオン代理受診同意書

平成 年 月 日

医療法人社団同仁会  
一里山・今井病院 院長様

私は、本同意書を持参しました下記の相談者に対して、貴院担当医師が、私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しに意見や判断を述べ、私の主治医宛の診療情報提供書が作成されることに同意致します。

(ふりがな)

本人氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

相談者 (セカンドオピニオンを求める者)

(ふりがな)

① 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

(ふりがな)

② 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

(ふりがな)

③ 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

※本人の直筆で記入願います。(代筆の場合は下記に理由を記入下さい。)

※相談者は、相談者本人を証明できるもの(運転免許証・健康保険証等)を持参下さい。

(代筆理由)