

川西市立総合医療センター セカンドオピニオン外来 同意書

記入日： 年 月 日

川西市立総合医療センター病院長 殿

私は、貴センターのセカンドオピニオン外来を申し込み、担当医師が疾患についての診断及び治療内容や今後の見通しについての意見や判断を述べ、私の主治医宛てに報告書を作成することに同意いたします。

患者氏名： _____ 印

同席者氏名： _____

(患者さんとの続柄： _____)

★代理受診の場合は、下記もご記入ください。

私（患者氏名） _____ は、

代理受診者 _____（続柄： _____）に私の病状等に関する主治医の

紹介状及び資料を持参させ、貴センターのセカンドオピニオンを求めることに同意します。

※この書面は患者本人が記入してください。（ご本人が記載できない場合は代筆で結構です。）

※代理受診者は、申込者本人（患者）を証明するもの（運転免許証、健康保険証等）をご持参ください。