

セカンドオピニオン外来代理相談同意書

年 月 日

患者氏名 : _____

代諾者署名 : _____ (続柄)

(本人の代わりに承諾する人物。例えば、父や母、息子や娘など)

患者住所 : _____

患者電話番号 : _____

私は、下記の代理相談者に対し、貴院担当医師に私の疾病について診断および治療内容、今後の見通し等につきまして、意見や判断を聞くことに同意いたします。

代理相談者

氏名	患者との続柄

*注1：代理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）をご持参ください。

*注2：代理相談者欄にお名前のない方は、セカンドオピニオンを受けることができませんので、ご注意ください。

*注3：患者さん本人が未成年の場合、**健康保険証のコピー**の添付は、相談者本人と代理相談者との間柄確認のために必要ですので、必ず、添付をお願いいたします。