

セカンドオピニオン代理相談同意書 (小児がん 書面によるセカンドオピニオン用)

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、意見や判断を求める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 : 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。

* 注 2 : セカンドオピニオン申込書の申込者名と代理相談者欄の氏名は一致するようご記入願います。