

セカンドオピニオン 代理面談同意書

様式一④

高槻赤十字病院 院長殿

私は、下記の者に私の病状等に関する主治医の診療情報提供書、検査結果など病状に関する資料を持参させ、高槻赤十字病院 医師に対して意見・判断の提供を求めることに同意いたします。

(代理面談者)

氏名	続柄	住所	TEL
			— —
			— —
			— —

年 月 日

患者氏名

印

- ※ 代理面談者の身分を証明するものを必ずご持参ください。(運転免許証、住民票、健康保険証など)
- ※ 患者氏名は原則本人の自筆でお願いいたします。
但し自筆が困難な場合は、代筆でもかまいません。