

セカンドオピニオン代理受診同意書

年 月 日

【代理人】

氏名

住所

電話番号

私は、上記の者を代理人としてセカンドオピニオンを受けることに同意します。なお、セカンドオピニオンを受ける為に、沖縄県立八重山病院の医師に情報を提供すること、及びその情報に基づいた意見を代理人に伝え、その報告書を紹介元の主治医に提供することについても併せて同意します。

【患者様】

氏名

生年月日

住所

電話番号

代理人との続柄

* 注意事項

1. 患者さまご本人の直筆でご記入をお願いします。
(ただし、直筆が困難な場合は代筆をお願いします)
2. 代理人は証明書(免許証等)できるものをご持参ください。
3. この同意書がなければ代理受診はできません。