

浦添総合病院セカンドオピニオン外来受診同意書

浦添総合病院院長 殿

20 年 月 日

患者氏名 _____ 印

生年月日 大正・昭和・平成 _____ 年 月 日 (満 歳)

住所 _____

電話番号 () _____

私 (患者氏名) _____ は、本同意書・私の病状等に関する主治医の紹介状及び必要な資料を下記の代理人に対し提供することに同意します。また浦添総合病院の専門医が私の病状等について下記の代理人に対し、セカンドオピニオン外来を受けさせることに同意します。

また、私の病状等についての診断・治療内容及び今後の見通しなどについての意見や判断等について下記代理人に伝え、その報告書を主治医に提供することについても同意いたします。

代理人 (相談者)

氏名	続柄	住所	電話番号

※注意事項

1. 患者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 (相談者) は、代理人本人であることが証明できるもの (免許証等) をご持参ください。
3. この同意書がなければ代理受診は出来ません。