

様式2号

## セカンドオピニオン外来代理受診同意書

社会医療法人 仁愛会  
浦添総合病院 病院長 様

私（患者氏名） \_\_\_\_\_ は、以下の者が私の代理人として、社会医療法人 仁愛会 浦添総合病院において、セカンドオピニオン外来を受けることに同意します。

また、病状等についての診断、治療内容などについての意見や判断等について代理人伝え、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。

年 月 日

【代理人】 住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

【本人】 住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

### ※注意事項

- 1.患者ご本人の自筆でご記入お願いします。但し、自筆が困難な場合は代筆でお願いします
- 2.この同意書がなければ代理受診はできません