

セカンドオピニオン外来 相談同意書

鹿児島市立病院長 殿

私（患者氏名 _____）は、
以下の者が、私の代理人として、鹿児島市立病院でセカンドオピニオンを受けることに同意します。

なお、代理人がセカンドオピニオンに必要な私の個人情報等を貴院の医師に提供すること及びその情報に基づいた意見や判断を代理人に伝え、その報告書を私の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 住所 _____

氏名 _____

本人との続柄 _____

年 月 日

本人 住所 _____

氏名 _____ 印

生年月日 _____