

川崎市立井田病院 セカンドオピニオン同意書

川崎市立井田院長 殿

私（患者氏名 ）は、以下の者が、私の代理人としてセカンドオピニオンを受ける事に同意します。

また、セカンドオピニオンを受けるに際し、代理人がセカンドオピニオンに必要な私個人の診療情報を井田病院の医師に提供すること、及びその情報に基づいた意見を井田病院の医師が代理人に伝え、報告書を紹介元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

印

本人（患者）

住所

氏名

印

令和 年 月 日

※ ご本人が署名できない場合には、親族等の代理人がご署名下さい。
(直筆は印章略可)