



北部地区医師会病院 セカンドオピニオン同意書

公益社団法人 北部地区医師会
北部地区医師会病院 院長 様

年 月 日

私(患者氏名) _____ は、以下の者を私の代理人として、
北部地区医師会病院において、セカンドオピニオンを受けることに同意します。
セカンドオピニオンを受けるために必要な資料(紹介状、検査データ、画像等)を以下の代理人が
北部地区医師会病院の医師に提供すること、また相談した内容を以下の代理人に伝え、
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同意いたします。

代理人
(相談者)

氏 名
住 所
電 話 () -
続 柄

本 人
(患者様)

氏 名 _____ 印
生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生
住 所
電 話 () -

※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(運転免許証、健康保険証等)をご持参ください。

