

セカンドオピニオン外来 代理受診同意書

私（患者本人）は、セカンドオピニオン外来の代理受診に関する下記の事項について同意します。

- ① 代理人が西市民病院でセカンドオピニオン外来を受診すること
- ② 現在受診中の医療機関における診断・治療内容や今後の対応について、貴院の担当医師が代理人にその意見を伝えること
- ③ セカンドオピニオンの内容について、主治医に文書で情報提供すること

神戸市立医療センター西市民病院 病院長殿

令和 年 月 日

患者氏名（署名）

相談を受ける者

代理人氏名

続柄