

代理受診同意書

医療法人青樹会
一之瀬脳神経外科病院 病院長 様

令和 年 月 日

患者様氏名 : 印

患者様住所 :

私は、下記の者に、私の病状等に関する主治医の診療情報提供書(紹介状)、病状に関する資料を持参させ、一之瀬脳神経外科病院の担当医師に対して私の代理者としてセカンドオピニオンを求めることに同意します。

相談者(代理受診者)

氏名 :

患者様との続柄 ()

ご連絡先 : TEL ()

*注 : 患者様ご本人の直筆でご記入をお願い致します。
但し、直筆が困難な場合は、代筆で結構です。