

年 月 日

## セカンドオピニオン外来受診同意書

岩手県大船渡病院 御中

患者様ご氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、下記の者に病状等に関する主治医の診療情報提供書及び検査結果資料を持参させ、貴院担当医師が私の疾病についての診断、治療内容及び今後の見通し等につきまして、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書（診療情報提供書）が作成されることに同意いたします。

### 記

○相談者（代理受診者）

| 氏 名 | 続 柄 |
|-----|-----|
|     |     |
|     |     |
|     |     |
|     |     |
|     |     |

※相談者は、患者様ご本人との続柄を確認できるもの（健康保険証、住民票等）をご持参の上、ご来院ください。