

(別紙 2)
平成 年 月 日

セカンドオピニオン外来代理受診同意書

兵庫県立柏原病院長 様

患者氏名: _____

私は、下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状、病状に関する資料を持参させ、貴院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通し等について、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告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	生年月日	患者様との続柄	連絡先
	明治・大正・昭和・平成		
	明治・大正・昭和・平成		
	明治・大正・昭和・平成		
	明治・大正・昭和・平成		
	明治・大正・昭和・平成		

相談者は、家族であることを証明できるもの(保険証、運転免許証等)を持参のうえご来院ください。

事務担当
兵庫県立柏原病院
がん相談支援センター
0795-72-4270 FAX 0795-72-4892

兵庫県立柏原病院