

徳山中央病院セカンドオピニオン外来代理受診同意書

私（患者さん氏名）_____は、
セカンドオピニオン外来の受診に際し、以下の相談者を代理人と定め、受診
することに同意いたします。

ご相談者① _____（続柄 _____）

ご相談者② _____（続柄 _____）

ご相談者③ _____（続柄 _____）

西暦_____年_____月_____日

患者本人氏名（自筆）

【注意事項】

- * 同意書の記入は患者さんの自筆をお願いします。
- * 相談者は本人を証明するもの（運転免許証等）をご持参ください。
- * 相談者の記名のない方、身分を証明するものをお持ちでない方は、セカンドオピニオンに同席していただくことができませんので、ご了承ください。