

春日井市民病院 セカンドオピニオン外来 代理受診同意書

春日井市民病院長殿

私は、下記の者が私の病状等に関する主治医の診療情報提供書及び検査資料をもとに、セカンドオピニオン外来を代理受診することに同意いたします。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印 _____

生年月日（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日

連絡先（ ） _____

代理受診者

氏 名	続 柄	連絡先

- * 同意書は患者さん本人の直筆で記入してください。
- * 代理受診者は、代理で受診される方の身分証明ができるもの（運転免許証等）をご持参ください。