

セカンドオピニオン同意書

社会医療法人財団 池友会

新小文字病院 高橋 雄一 殿

私、_____ は、以下の者が、私の代理人として、新小文字病院にてセカンドオピニオンを受けることに同意します。

なお、セカンドオピニオンを受けることにつき、代理人がセカンドオピニオンに必要な私個人の診療情報を新小文字病院の医師に提供すること、及びその情報に基づいた意見を新小文字病院の医師が代理人に伝え、その報告書を紹介元の主治医に提供することについても、あわせて同意します。

代理人 住所 _____

氏名 _____

年 月 日

本人 住所 _____

氏名 _____

社会医療法人財団 池友会 新小文字病院

作成日：平成 27 年 7 月 1 日

更新日：令和 6 年 3 月 28 日