

# セカンドオピニオン代理受診同意書

市立伊丹病院長 様

令和 年 月 日

ふりがな  
患者様氏名 : \_\_\_\_\_

住 所 : \_\_\_\_\_

電 話 番 号 : \_\_\_\_\_

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、市立伊丹病院の医師に対してセカンドオピニオンに求めることに同意します。

相談者（代理受診者）

氏 名	患者様との続き柄

※ 注意事項

- ① 患者様ご本人の直筆でご記入をお願いいたします。ただし、自筆困難な場合は代筆で結構です。
- ② 相談者は、相談者本人と証明できるもの（免許証等）をご持参下さい。
- ③ この同意書がなければ代理受診できません。