

代理相談同意書

20 年 月 日

兵庫医科大学病院長 殿

私は、私の病状についての診断の内容や、現在実施または今後行うこととして提案されている治療法等に関し、兵庫医科大学病院にセカンドオピニオンを別紙申込書により申し込みます。

患者さん氏名： _____

住 所：〒 _____

連 絡 先： _____

また下記代理相談者に、私の病状等の内容についてセカンドオピニオンを求めることに同意いたします。

代理相談者氏名： _____

続 柄： _____

連 絡 先： _____

※代理相談者は、患者さんご本人の同意を得たご家族・ご親族に限ります。

またご相談に際し、患者さんご本人との関係（続柄）を示す書類等（健康保険証・住民票・戸籍謄本等の写し）の提示を求めます。

※患者さんご本人の直筆でご記入ください。なお自筆が困難な場合は、ご家族・ご親族の代筆で構いません。