庄内余目病院　セカンドオピニオン外来　相談同意書

庄内余目病院　病院長　殿

私、　　は、以下の者が、私の代理人として、庄内余目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。
又、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等を庄内余目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庄内余目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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

20　　年　　月　　日

本人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日（大正・昭和・平成・令和）　　年　　月　　日生

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（本人が相談者の場合、この相談同意書は不要です）