

医療相談（セカンドオピニオン）委任状

心臓病センター 榊原病院 殿

私（病客さまご氏名） _____ は、

_____（代理相談者ご氏名） _____（ご本人との関係） _____ に

対して、貴院担当医師が私の病状に関する診断および治療内容、今後の見通し等について意見や判断を述べることに同意いたします。

年 月 日

ご住所 _____

ご氏名 _____ ⑩

生年月日（大正・昭和・平成） _____ 年 月 日

連絡先電話番号 _____

※下部線に病客さまご本人の直筆でご記入ください。直筆が難しい場合は、必ず捺印をお願いいたします。

※診療当日、代理のご相談者をご自身を証明できるもの（運転免許証、健康保険証、パスポートなど）をご用意ください。