

## セカンドオピニオン外来相談委任状

くまもと森都総合病院院長 様

私（患者氏名）\_\_\_\_\_は、  
（相談者氏名）\_\_\_\_\_（続柄）\_\_\_\_\_に  
対して、貴院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通し  
につきまして、意見や判断を述べ、私の主治医にも報告書が作成されることに同  
意いたします。

年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

※ご相談者の方は、家族であることを証明できるもの（健康保険証、免許証等）を必ずご持  
参ください。