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。

