

セカンドオピニオン委任状

浜町センタービルクリニック 殿

私<患者本人>は、本委任状を持参した下記の<代理相談者>に対して、セカンドオピニオン外来担当医師が、私の病状に関する診断・治療内容・今後の治療方針についての意見や判断を述べることに同意いたします。

令和 年 月 日

<患者本人>

住 所

氏 名

印

生年月日 T・S・H・R 年 月 日 男 ・ 女

<代理相談者>

住 所

氏 名

患者さまとの続柄：

生年月日 T・S・H・R 年 月 日 男 ・ 女

ご連絡先

※委任状は、患者さまご本人が直筆でご記入ください。直筆が困難な場合は、下記の□にチェックを入れ、代理相談者の方がご記入ください。

患者本人の直筆が困難なため、代理相談者が代筆しました。

※代理相談者様は、必ずご自身の身分証明書（マイナンバーカード・運転免許証等）をご持参ください。