

様式1

飯田市立病院 セカンドオピニオン外来 代理相談同意書

飯田市立病院長 様

私は、本同意書を持参した下記の相談者に対して、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、私の主治医宛の報告書を作成することに同意します。

令和 年 月 日

患者さん：住 所 _____
氏 名 _____

連絡先:電話番号 ()

記

代理相談者

①氏 名 _____ 続柄 (本人から見て) _____

②氏 名 _____ 続柄 (本人から見て) _____

③氏 名 _____ 続柄 (本人から見て) _____

④氏 名 _____ 続柄 (本人から見て) _____

⑤氏 名 _____ 続柄 (本人から見て) _____

注1：記名は患者さん本人の直筆でご記入願います。

注2：代理相談者は、相談者本人を証明するもの（運転免許証、マイナンバーカード、保険証等）
をご持参いただき、入室時にご提示願います。

注3：相談者が多く書ききれない場合は、裏面にご記入願います。

202407 版