

セカンドオピニオン委任状

札幌東徳洲会病院長 様

私（患者様氏名 _____）は、この委任状を持参しました

代理人（氏名 _____ 続柄 _____）に対して、貴院の医師が、

私の疾患に関する診断・治療内容・今後の見通しにつきまして、意見を述べること

私の主治医宛の報告書が作成されることに同意いたします。

*代理の方がセカンドオピニオンを受ける場合は、この委任状が必要です

平成 年 月 日

患者様

氏名 _____ (印)

住所 _____