

相模原協同病院セカンドオピニオン外来

相談同意書（代理人用）

神奈川県厚生農業協同組合連合会
相模原協同病院 病院長 殿

私（患者）_____は、以下の者が私の代理人として、
相模原協同病院でセカンドオピニオンを受けることに同意します。

なお、セカンドオピニオンを受けることにつき、代理人がセカンドオピニオンに必要な私個人の診療情報を相模原協同病院の医師に提供すること、及びその情報に基づいた意見を相模原協同病院の医師が代理人に伝え、その報告書を紹介元の主治医に提供することについても、あわせて同意します。

代理人 住所 _____

氏名 _____

年 月 日

患者本人 住所 _____

氏名 _____ 印

ご住所 _____