

平成 年 月 日

セカンドオピニオン外来受診同意書

患者様氏名： _____ ㊞

生年月日： (大正 昭和 平成) 年 月 日

私は、下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状、資料等を持参させ、門
司メディカルセンターの医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意致
します。

【相談者 (代理受診者)】

氏名	続柄	連絡先
_____	_____	_____

氏名	続柄	連絡先
_____	_____	_____

*個人情報保護のため、患者様ご本人署名の上、本同意書をご持参頂いておりま
すが、患者様の病状や状況(手指が動かない、認知症)により、ご自身による記述
が困難である場合は、この限りではありません。

門司メディカルセンター