

市立吹田市民病院 セカンドオピニオン 代理受診同意書

令和 年 月 日

市立吹田市民病院長あて

患者住所 _____

患者名 _____ (印)

私は下記の者が、市立吹田市民病院で私の病状、治療方針等についてセカンドオピニオンを受けることに同意いたします。

代理受診者

氏名	患者様との続柄	連絡先 (TEL)

※ 患者さまの自筆で記入して下さい。

※ 本人以外が受診される場合は、身分証（保険証、運転免許証等）をご持参ください。