

代理受診同意書

JCHO 大阪病院 院長 様

年 月 日

患者様氏名： _____ 印

住 所： _____

電話 番 号： _____ (_____)

私は、下記の者に私の症状等に関する主治医の紹介状、病状に関する資料を持参させ大阪病院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いたします。

相談者（代理受診者）

氏 名	患者様との続柄	連絡先（TEL・FAX など）

※患者様ご本人の直筆でご記入をお願いいたします。但し、直筆困難な場合は、代筆で結構です。

※相談者は相談者本人を証明するもの（保険証、運転免許証等）をご持参ください。