

同意書

熊本市立熊本市民病院長 様

私（患者氏名）_____は、以下の者が、私の代理人として、熊本市民病院にてセカンドオピニオンを受けることに同意します。

なお、代理人がセカンドオピニオンに必要な私の個人情報等を貴院の医師に提供すること及びその情報に基づいた意見や判断を代理人に伝え、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いたします。

（* 代理人は原則として一親等以内の方をお願いします。）

代理人 住所 _____

氏名 _____

本人との続柄 _____

平成 年 月 日

本人 住所 _____

氏名 _____ 印 _____