

セカンドオピニオン 相談同意書（申込書）

キラメキテラスヘルスケアホスピタル院長 殿

私（患者氏名 \_\_\_\_\_）は、  
以下の者が私の代理人として、キラメキテラスヘルスケアホスピタルでの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、その報告書を私の主治医に提供することについても同意します。

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

本人との続柄 \_\_\_\_\_

年 月 日

本人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_