独立行政法人国立病院機構盛岡医療センター

セカンドオピニオン外来　代理相談同意書

国立病院機構盛岡医療センター病院長　殿

患者さん氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿

私は、本同意書を持参した下記の相談者に対して、担当医師が疾患についての診断および治療内容や今後の見通しにつきまして意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書を作成することに同意いたします。

年　　月　　日

代理相談者

氏　　名	患者さんとの続柄	連絡先（TEL/FAXなど）

*患者さんご本人の直筆でご記入お願いします。但し、直筆困難な場合は、代筆でも結構です。

** 代理相談者の方は、相談者本人であることを確認できる顔写真付きの本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード、パスポートなど）をご持参ください。