

セカンドオピニオンがん外来 受診承諾書

私は、東京ミッドタウンクリニックにおけるセカンドオピニオンがん外来の受診について、以下を承諾します。

1. 受診代理人が東京ミッドタウンクリニックでセカンドオピニオンを受けること
2. 現在受診中の医療機関における診断・治療内容や今後の対応について、外来の担当医師が受診代理人にその意見を伝えること
3. 外来担当医師が、主治医あてに返信文書を作成すること

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

患者様氏名： _____ 印

住所： _____

電話番号： _____

ふりがな

受診代理人： _____

患者様との続柄： _____

※注意事項

- ・患者様ご本人の直筆にてご記入をお願いします。ただし、自筆困難な場合は代筆で結構です。
- ・受診代理人は、受診代理人本人と証明できるもの（免許証など）をご持参下さい。