

平成 年 月 日

## セカンドオピニオン外来代理受診同意書

神戸大学医学部附属病院長 様

患者様氏名： \_\_\_\_\_ 印

私は、下記の者に私の病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、貴院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通し等について、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

### 記

相談者（代理受診者）

氏名	生年月日	患者様との続柄	連絡先
	明治・大正・昭和・平成		
	明治・大正・昭和・平成		
	明治・大正・昭和・平成		
	明治・大正・昭和・平成		
	明治・大正・昭和・平成		

※相談者は、家族であることを証明できるもの（保険証、運転免許証等）を持参のうえご来院ください。

事務担当

神戸大学医学部附属病院 地域医療推進室

TEL (078) 382 - 5534、5264 / FAX (078) 382 - 5265