西暦 　　 年　　月　　日

頭頸部アルミノックス外来代理受診同意書

神戸大学医学部附属病院

国際がん医療・研究センター長　様

患者さん氏名： 　 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 | 患者さんとの続柄 | 連 絡 先 |
|  | 西暦　 年　 月　 日 |  |  |
|  | 西暦　 年　 月　 日 |  |  |
|  | 西暦　 年　 月　 日 |  |  |
|  | 西暦　 年　 月　 日 |  |  |
|  | 西暦　 年　 月　 日 |  |  |

※相談者は、本人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。

神戸大学医学部附属病院

国際がん医療・研究センター　予約担当

TEL(078)302‐7167／FAX(078) 302‐7169