

西曆 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
	西曆 年 月 日		
	西曆 年 月 日		
	西曆 年 月 日		
	西曆 年 月 日		
	西曆 年 月 日		

※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 患者支援センター

地域連携部門 予約担当

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

神戸大学医学部附属病院