

セカンドオピニオン委任状

(ご相談者が、患者さま本人以外の場合は、本委任状をご提出ください。)

安房地域医療センター 院長 様

私は、以下にあげた理由によりセカンドオピニオンを受けることができません。つきましては、本委任状、紹介状、病状に関する資料等を持参しました以下の者が、貴院担当医師による私の疾患についての診断、治療内容及び今後の見通しにつきまして、意見（セカンドオピニオン）を受けることを委任いたします。

また、貴院担当医師が私の主治医宛てに報告書が作成されることに同意いたします。

_____年 月 日

委任状はご本人直筆でご記入をお願いいたします。(代筆の場合は理由をご記入ください。)

委 任 状

患者さま本人：住 所 _____

(ふりがな)

氏 名 _____ 印

生年月日・性別 (大正・昭和・平成・令和) _____年 月 日 (男・女)

連絡先電話番号 _____

来院できない理由：(_____)

代筆理由：(_____)

相談者（セカンドオピニオンを求める者）

(ふりがな)

①氏 名 _____ 続柄（本人から見て） _____

(ふりがな)

②氏 名 _____ 続柄（本人から見て） _____

(ふりがな)

③氏 名 _____ 続柄（本人から見て） _____

※ ご相談者は、相談者本人を証明できるもの(運転免許証・健康保険証)をお持ちください。