

セカンドオピニオン外来代理受診承諾書

私（患者本人）は、本書を持参しました代理人に対し、セカンドオピニオン外来の代理受診における下記について承諾いたします。

記

1. 代理人が、千葉県千葉リハビリテーションセンター（以下「千葉リハセンター」と言う。）のセカンドオピニオン外来を受診すること
2. 代理人が、千葉リハセンターのセカンドオピニオン担当医師から、私が現在受診している医療機関における診断・治療内容等に対する意見を聞くこと
3. 千葉リハセンターのセカンドオピニオン担当医師が、私が現在受診している医療機関の主治医に対し、セカンドオピニオンの内容について文書による情報提供を行うこと

千葉県千葉リハビリテーションセンター長 殿

年 月 日

患 者 氏 名 ㊟

(生年月日： 年 月 日)

※自筆の場合は、押印不要です。

※患者自身が記名できない場合は、代筆者の内容及びその理由を記載して下さい。

代筆者氏名 (続柄:)

(代筆理由:)

代理人氏名 (続柄:)