

年 月 日

代理受診同意書

市立豊中病院長 宛

ふりがな
患者様氏名 _____ 印

住 所 _____

電話番号 () _____

私は、下記の者に私の病状などに関する主治医の紹介状、病状に関する資料を持参させ、市立豊中病院の医師にセカンドオピニオンを求めることに同意いたします。

相談者（代理受診者）

氏 名	患者様との続柄	連絡先(TEL・FAXなど)

- 1 患者様ご本人の直筆でご記入をお願いします。ただし、自筆困難な場合は代筆で結構です。
- 2 相談者は、相談者本人を証明するもの（保険証、運転免許証など）をご持参ください。