

代理受診同意書

京都第一赤十字病院長 様

令和 年 月 日

患者氏名 _____ 印

住 所 _____

電話番号 _____ () _____

私は、下記の者に私が現在かかっている医療機関の検査資料等を持参させ、京都第一赤十字病院の医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意いたします。

氏 名	患者との続柄	連絡先 (TEL・FAXなど)

*注1. 患者本人の直筆でご記入をお願いいたします。ただし、自筆困難な場合は、代筆で結構です。

*注2. 相談者は、相談者本人を証明するもの(健康保険証、住民票等)をご持参下さい。