

代理受診同意書

洛和会音羽リハビリテーション病院 病院長 宛

令和 年 月 日

ふりがな

患者氏名 _____ 印

住 所 _____

電話番号 _____

私は、下記の者に私がかかっている医療機関の検査資料などを持参させ、洛和会音羽リハビリテーション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。

代理受診者①

代理受診者②

氏名 _____

氏名 _____

患者との続柄 _____

患者との続柄 _____

連絡先 _____

連絡先 _____

※注 1 患者さん ご本人がご記入お願い致します。ただし、自筆困難であれば代筆でもかまいません。

※注 2 相談者は、相談者が本人かどうか証明できるもの（マイナンバーカードまたは免許証など）をご持参ください。