**沖縄県立中部病院　セカンドオピニオン委任状**

沖縄県立中部病院長　殿

　西暦　　　　年　　　月　　　日

フリガナ

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日　　　西暦　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

住　　　所

連絡先電話

　　　　　　　代理人との関係

私　　　　　　　　　　　　　　は、下記の者を私の代理人として

沖縄県立中部病院（以下中部病院）においてセカンドオピニオンに関する

ことを委任します。

　なお、セカンドオピニオンを受けるために必要な私個人の診療情報を

代理人が中部病院の医師に提供すること、及びその情報に基づいた意見を

中部病院の医師が代理人に伝え、その報告書を紹介元の主治医に提供する

ことについても併せて同意します。

【代理人】 氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　 　 　㊞

生年月日　　西暦　　　　年　　　月　　　日

住　　所

連絡先電話

※注意事項

1.患者様ご本人の直筆でご記入をお願いします。ただし、自筆が困難な場合は代筆でお願いします。

2.この同意書が無ければ代理受診はできません。