

様式 1

# 飯田市立病院 セカンドオピニオン外来 代理相談同意書

飯田市立病院長 様

私は、本同意書を持参した下記の相談者に対して、貴院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書を作成することに同意します。

令和 年 月 日

患者さん：住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

連絡先：電話番号 ( )

記

代理相談者

①氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄（本人から見て） \_\_\_\_\_

②氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄（本人から見て） \_\_\_\_\_

③氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄（本人から見て） \_\_\_\_\_

④氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄（本人から見て） \_\_\_\_\_

⑤氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄（本人から見て） \_\_\_\_\_

注 1：記名は患者さん本人の直筆でご記入願います。

注 2：代理相談者は、相談者本人を証明するもの（運転免許証、マイナンバーカード、保険証等）  
をご持参いただき、入室時にご提示願います。

注 3：相談者が多く書ききれない場合は、裏面にご記入願います。

202407 版