

聖マリアンナ医科大学病院

## セカンドオピニオン(委任状)

代理人 :

聖マリアンナ医科大学病院 病院長殿

私(患者)は、本同意書を持参しました上記代理人に対して、セカンドオピニオン担当医師が私の疾患についての診断書及び診療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医宛ての報告書を作成されることに、

同意いたします (記入日)  年  月  日

本人  代諾者(※未成年の方・自署できない方は代諾者が下記にご署名ください。)

氏名(自署)

(患者との続柄)

(本人が署名できない場合の理由)

TEL ( )

この医療行為で得られた情報等は医療従事者の教育を目的として使用させていただくことがあります。お名前などの個人情報は一切わからないようにし、プライバシーは守ります。同意されない場合はチェックを入れてください。

いかなる場合でも情報の使用に同意いたしません。