

セカンドオピニオン委任状

名戸ヶ谷病院病院長 殿

私 _____ は、貴院でセカンドオピニオンを受けるにあたり、私の疾患についての診療情報を貴院に提供し、これをもとに貴院に今後の治療方針等について意見・判断を求めることを、下記の相談者に委任いたします。

ご記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【患者さん】（委任者）

住

所 _____

氏 名 _____ ㊞ _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生

【ご相談者（ご家族）】（受任者）

住 所 _____

氏 名 _____（続柄： _____）

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生

注) ご相談当日に、ご相談者の方の身分を証明するものを確認させていただきますのでご持参ください。

【1点で良いもの】公的に発行された顔写真付きの証明書

例) マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、身体障害者手帳等

【2点必要なもの】公的に発行された顔写真のない証明書

例) 資格確認書、年金証書（手帳）等