

セカンドオピニオン外来委任状

県立広島病院 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、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 _____ (印)

生年月日 昭和 ・ 平成 ・ 令和 _____ 年 月 日生

【ご相談者(家族)】(受任者)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

生年月日 昭和 ・ 平成 ・ 令和 _____ 年 月 日生

※予約当日は、来院される相談者を証明できるもの（健康保険証・免許証）を必ずご持参ください。
※複数あるいはご本人以外でご相談される場合は、代表者の方を必ずご記入ください。
※個人情報保護のため、本委任状をご持参いただいておりますが、患者さんが記載自体出来ない場合（がんの末期状態で手が動かない、認知症により理解ができないなど）については、この限りではありません。詳しくは患者総合支援センターまでご相談ください。

県立広島病院