

# セカンドオピニオン委任状

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病院長 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 令和 年 月 日

## 【患者さん】(委任者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日 生

## 【ご相談者(家族)】(受任者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

生年月日 大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日 生

注) ご相談当日に、相談者の方の身分を証明するものをご持参ください。(運転免許証またはマイナンバーカード(個人番号カード)、健康保険証など)