

吉島病院 セカンドオピニオン外来 相談委任状

私（患者氏名）_____ は、この委任状を持参した

相談者 _____（続柄）_____ 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、今後の見通しなどに
つきまして、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成される事に
同意致します。

年 月 日

生年月日（大正・昭和・平成・令和） _____ 年 月 日 生

患者氏名（自筆） _____ 印

- ※ 予約当日は、来院される相談者の身分を証明できるもの（健康保険証・免許証等）を必ずご持参ください。
- ※ 個人情報保護について
記入いただいた個人情報はセカンドオピニオンの提供に利用するものであり、この目的以外には用いません。