

# 厚木市立病院 セカンドオピニオン同意書

厚木市立病院病院事業管理者 殿

私、\_\_\_\_\_ は、以下の者が、代理人として、厚木市立病院にてセカンドオピニオンを受けることに同意します。

また、セカンドオピニオンを受けるにあたり、代理人がセカンドオピニオンに必要な私個人の診療情報等を厚木市立病院に提供すること、及びその情報に基づいた意見を厚木市立病院の医師が代理人に伝え、セカンドオピニオンに係る報告書を紹介元の医療機関に提供することについても、あわせて同意します。

代理人 住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_

患者との続柄（ \_\_\_\_\_ ）

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

本人 住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_ 印