医療相談（セカンドオピニオン）委任状

ＪＡとりで総合医療センター病院長　殿

私（患者さんご氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本委任状を持参した（代理相談者ご氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（ご本人との関係）＿＿＿＿＿＿に対して、貴院担当医師が私の病状に関する診断および治療内容、今後の見通し等について意見や判断を述べることに同意いたします。

年　　月　　日

ご住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

生年月日（大正・昭和・平成・令和）　年　月　日

連絡先電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　下線部に患者さんご本人の直筆でご記入ください。直筆が難しい場合は、必ず捺印をお願いいたします。

※　来院当日、代理のご相談者はご自身を証明できるもの（運転免許証、健康保険証、パスポートなど）お持ちください。