

セカンドオピニオン外来委任状

(ご相談者が、ご本人以外の場合は、本委任状を必ず提出)

土浦協同病院 なめがた地域医療センター殿

私、(患者様氏名) _____ は、本委託状を持参した

(ご相談者) _____ (続柄) _____ に、貴院担当医師が私の疾患

についての診断及び治療内容、今後の見通しについて、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ことに同意いたします。

年 月 日

生年月日 (昭和 平成 令和) 年 月 日生

(患者様氏名) _____ 印