

佐渡総合病院

セカンドオピニオン同意書兼委任状

新潟県厚生農業協同組合連合会  
佐渡総合病院 病院長 様

※私（患者氏名） \_\_\_\_\_ は、本同意書兼委任状を持

参しました（ご相談者） \_\_\_\_\_ （続柄） \_\_\_\_\_

に対して、貴院担当医師が私の病状についての診断および治療内容や今後の見通し等について意見を述べること、およびその内容について私の主治医宛の報告書が作成されることについて同意します。

平成 年 月 日

※患者住所 \_\_\_\_\_

※患者氏名 \_\_\_\_\_

**注意事項**

- ① ※部分は、本人の直筆でご記入ください。
- ② 相談者は、相談者本人を証明できるもの（運転免許証、パスポート等）が必要となりますのでご持参ください。
- ③ ご相談者様おひとりにつき、本同意書兼委任状が1枚必要となります。