

セカンドオピニオン外来相談委任状

(ご相談者が、患者様ご本人でない場合は、必ず本委任状のご提出が必要となります。)

記入日： 年 月 日

独立行政法人 国立病院機構
東佐賀病院院長 殿

私（患者様氏名）_____は、本委任状を持参しました
下記の者に対して、貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容、
今後の見通しにつき、意見や診断及び治療法等について述べる事に同意いたします。
また、私の主治医宛てに報告書が作成され、送付されることに同意いたします。

相談者氏名： _____ 続柄 _____

相談者氏名： _____ 続柄 _____

相談者氏名： _____ 続柄 _____

患者様氏名（自署）： _____ 印 _____

（代筆者氏名： _____ 印 _____）

住 所： _____

連絡先： _____

※相談者をご自身の身分証明書（運転免許証・マイナンバーカード・健康保険証等）が必要となりますのでご持参下さい。