

# セカンドオピニオン外来申込書【本人・代理人(一親等以内)】

平成 年 月 日

社会福祉法人北海道社会事業協会小樽病院

院長 柿木 滋夫 殿

貴院の対象外事例ではなく、現在診療を受けています医師とは異なった医師の意見を伺いたく、申込みします。

フリガナ			
患者氏名			
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日生
住 所			
電話番号			
代理人（1親等以内）が申込みの場合は代理人箇所も記入			
フリガナ			続柄
代理人氏名			
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日生
住 所			
電話番号			

※代理人の方による申込みの場合は下記同意書の記入及び一親等以内であることを証明するもの（戸籍謄本等）を添付下さい。

## <本人同意書> ※請求者が患者本人の場合は記載不要

私は、以下の代理人に私の病状等に関する資料を持参させ、貴院の担当医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意します。

患者本人（自署）