

セカンドオピニオン委任状

公益財団法人 北海道医療団
帯広第一病院長 様

【相談者（代理人）】

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

電話番号 _____

患者との関係 _____

私は、諸般の事情により、セカンドオピニオンを受けることができません。本委任状を持参した上記相談者（代理人）に対して、セカンドオピニオン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を述べることに同意いたします。

年 月 日

【患 者】

住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

電話番号 _____

※相談者（代理人）の方は、来院当日、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）をお持ちください。