

筑波総合クリニック セカンドオピニオン外来
相談同意書（委任状）

患者様氏名 _____

私の病状・診断及び治療内容等につきまして、筑波総合クリニック
にセカンドオピニオンを依頼いたします。

また、代理人として、本同意書を持参いたしました

ご相談者氏名 _____ に対して貴院担当医師

に相談をして意見や判断を受けることや、私の主治医あてに報告書
が作成され送付されることを同意いたします。

平成 年 月 日

患者様ご署名 _____ 印

生年月日： T.S.H 年 月 日 _____

ご住所： _____