

沖縄県立宮古病院 セカンドオピニオン 同意書

沖縄県立宮古病院長 殿

私_____は、以下の者が私の代理人として、沖縄県立宮古病院において、

セカンドオピニオンを受けることに同意します。

なお、セカンドオピニオンを受けるために、代理人がセカンドオピニオンに必要な私個人の診療情報を
沖縄県立宮古病院の医師に提供すること及びその情報に基づいた意見を沖縄県立宮古病院の医師が
代理人に伝え、その報告書を紹介元の主治医に提供する事についても併せて同意します。

平成 年 月 日

【代理人】 住所 _____

氏名 _____

【本人】 住所 _____

氏名 _____

平成25年7月31日 作成
沖縄県立宮古病院
地域連携室