

セカンドオピニオンにおける 委任状

私は、セカンドオピニオンの趣旨を十分に理解し、下記事項に同意のうえセカンドオピニオンを申し込みます。

- 1 医療訴訟などを目的とした相談ではないこと。
- 2 現在受診中の医療機関に関する苦情ではないこと。
- 3 診療費用に関する相談ではないこと。
- 4 転院、転医を目的とした相談はないこと。
- 5 当院に専門医が不在の疾病に関する相談ではないこと。
- 6 定められた料金を支払うこと。

(30分につき5,500円(消費税込み)、1時間まで)

委任欄

とくしま医療センター東病院 院長 殿

私、_____は、上記内容に同意のうえ、下記の者を代理人と認めます。
とくしま医療センター東病院の担当医師が、私の疾患に関するセカンドオピニオンについて
意見を代理人へ述べることに同意します。

患者署名 _____ (印)

(代筆・続柄) _____

フリガナ		性別	
代理人名	(印)	男・女	患者との続柄
住所			TEL

※患者さんご本人が来院される場合は、相談者の記入および委任欄記入は不要です。

独立行政法人
国立病院機構

とくしま医療センター東病院

TEL 088-672-6306 (地域医療連携室)
FAX 088-672-4266