

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主旨を十分に理解し、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、1時間まで)

委任欄

東徳島医療センター 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。
東徳島医療センターの担当医師が、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に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		

※患者様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

東徳島医療センター

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