

# 横浜中央病院 セカンドオピニオン代理相談同意書

JCHO 横浜中央病院長 様

私は、本同意書を持参した下記の相談者に対して、貴院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医宛ての報告書を作成することに同意します。

年 月 日

相談者：住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

代理相談者

①氏名 \_\_\_\_\_ 続柄（本人からみて） \_\_\_\_\_  
②氏名 \_\_\_\_\_ 続柄（本人からみて） \_\_\_\_\_  
③氏名 \_\_\_\_\_ 続柄（本人からみて） \_\_\_\_\_

注1：相談者ご本人の直筆でご記入ください。

注2：代理相談者は、相談者本人を証明するもの（運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証等）をご持参ください。