

岡山中央病院 セカンドオピニオン外来
相談委任状

私(患者氏名) _____ は、本委任状を持参しました
(ご相談者) _____ (続柄) _____ に対して、貴院担当
医師による私の疾患についての診断及び治療手段、今後の見通し等について
意見や判断を聞き、報告資料を受取る事に同意致します。

なお以下の行為は貴院担当医師の許可を得ずに行いません。

- (1) 説明の際に受け取った資料を紹介元医療機関以外へ提出すること
- (2) 相談中に相談内容を録音すること

年 月 日

患者様氏名 _____ 印

(生年月日 年 月 日)

ご相談者氏名 _____ 印