

## 代理受診同意書

淀川キリスト教病院 院長

年 月 日

患者さまご氏名

印

私は、下記の者に私の病状などに関する主治医の紹介状(診療情報提供書)、病状に関する資料を持参させ、淀川キリスト教病院の医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意いたします。

代理受診者

氏名	患者さまとの続柄	連絡先

患者さまご自身の直筆でご記入お願いいたします。直筆困難な場合は、代筆で結構です。