

セカンドオピニオン 代理相談同意書

令和 年 月 日

宝塚市立病院長 様

ふりがな

患者様氏名:

_____ (患者様自署)

住 所 :

電話番号:

私は、下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状、病状に関する資料を持たせ宝塚市立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。

相談者(代理受診者)

ふりがな 氏 名	患者様との続柄	連 絡 先

- ※ 相談者は、身分証明書(保険証・運転免許証等)をご持参ください。
- ※ ご家族様のみの受診時に必要な書類です。ご本人様が来院される場合は不要です。
- ※ 相談料は 30 分ごと ¥5,000(税別)です。

宝塚市立病院 地域医療予約センター

TEL:0797-87-1161(代表)

TEL:0797-87-9517(直通)

FAX:0797-83-2818(直通)