

# 代理受診同意書

社会保険京都病院長 様

平成 年 月 日

ふりがな  
患者様氏名 \_\_\_\_\_ 印

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

私は、下記の者に私が現在かかっている医療機関の検査資料等を持参させ、社会保険京都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)

氏 名	患者様との続柄	連絡先(TEL等)

\* 相談者は、相談者本人を証明するもの(健康保険証・住民票等)をご持参ください。