

千葉県がんセンター

セカンドオピニオン外来 受診承諾書

私（患者本人）は、千葉県がんセンターにおけるセカンドオピニオン外来の受診について、以下を承諾します。

- ①代理人が千葉県がんセンターでセカンドオピニオンを受けること
- ②現在受診中の医療機関における診断・治療内容や今後の対応について、外来の担当医師が代理人にその意見を伝えること
- ③外来の担当医師が、主治医あてに返信文書を作成すること

平成 年 月 日

患者氏名 _____ 印

※直筆であれば、印鑑は必要ありません

（ 大正・昭和・平成 年 月 日生 ）

代理人氏名 _____ 続柄（ ）