

令和 年 月 日

## セカンドオピニオン外来代理受診承諾書

すとう整形外科クリニック

糸満盛憲先生

患者氏名

印

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参させ、貴院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通し等について、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに承諾いたします。

相談者（代理受診者）

氏名	生年月日	患者との続柄	連絡先
	大正・昭和・平成		
	大正・昭和・平成		
	大正・昭和・平成		
	大正・昭和・平成		
	大正・昭和・平成		

※相談者は、家族であることを証明できるもの（保険証、運転免許証等）を持参のうえ、ご来院ください。

すとう整形外科クリニック

〒223-0057 横浜市港北区新羽町 2080-1 メディカルモールブラザー 1F

TEL 045-716-8063

FAX 045-716-8263