

東京臨海病院 セカンドオピニオン 相談同意書

日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院長 殿

私（患者氏名）_____は、下記の代理人が、私の疾患についてのセカンドオピニオン
を受けることに同意いたします。

日付（西暦） _____年 _____月 _____日

【代理人】

住所 _____

氏名 _____

生年月日 大正・昭和・平成・西暦 _____年 _____月 _____日生

患者との続柄 _____

【患者】

住所 _____

氏名 _____

生年月日 大正・昭和・平成・西暦 _____年 _____月 _____日生

※ 同意書は全て患者さんご本人がご記入ください

※ 代理人の方は、オンライン診察時に代理人本人を証明する顔写真付きの身分証明書（マイナンバーカード、運転免許証等）を画面提示いただきますのでご用意をお願いいたします。