

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、代理人本人を証明するもの（マイナンバーカード、運転免許証、保険証等）をご用意ください