

平成 年 月 日

同意書

患者様氏名： _____ 印

生年月日： (大正 昭和 平成) 年 月 日

私は、下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状、資料等を持参させ、
関西労災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致します。

<相談者（代理受診者）>

氏名	続柄	連絡先 TEL
_____	_____	_____
氏名	続柄	連絡先 TEL
_____	_____	_____
氏名	続柄	連絡先 TEL
_____	_____	_____

※患者様ご本人の自筆でご記入下さい。（自筆困難な場合は代筆で結構です。）
※代理で受診される方は、本人を証明するものをご持参下さい。（運転免許証等）