

患者さんご本人がセカンドオピニオンにお越しになれない場合、下記の同意書にご記入下さい。

## 同 意 書

平成 年 月 日

医療法人徳洲会  
宇治徳洲会病院 院長 殿

私 \_\_\_\_\_ は、私のセカンドオピニオンに係る全ての事柄  
について、下記の者を代理人と認め委任します。

(本人自筆署名)

患者氏名： \_\_\_\_\_ (代筆者名： )  
自筆不可の場合 理由：( )

### 記

代理人氏名	続柄

代理人の方は、続柄が証明できるよう戸籍謄本と免許証・パスポートをご提示ください。