

代理相談同意書

令和 年 月 日

大阪大学医学部附属病院長 殿

患者さん^{ふりがな}氏名: _____ 印

住 所 : _____

電 話 番 号 : _____ (_____) _____

私は、貴病院オンラインセカンドオピニオンを別紙申込書により申し込み、下記事項に同意いたしました。

1. 「オンラインセカンドオピニオンについて」の記載事項
2. 訴訟の目的に使用しないこと
3. 自由診療料金として定められた金額を支払うこと

また、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準備させ、大阪大学医学部附属病院の医師に対してオンラインセカンドオピニオンを求めることに同意いたします。

代理相談者

氏 名	患者さんとの続柄	連絡先(TEL・FAX など)

* 注1: 患者さんご本人の直筆でご記入をお願いいたします。但し、自筆困難な場合は、代筆で結構です。

* 注2: 相談者は、相談者本人を証明するもの(保険証、運転免許証等)をご用意ください。