

# オンラインセカンドオピニオン委任状

神奈川県立循環器呼吸器病センター 所長 様

(相談者) 住所

\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

続柄

\_\_\_\_\_

私の病状について貴病院のオンラインセカンドオピニオンを受ける意思がありますが、当日対応が出来ないため、上記の者にその相談及び聞き取りなどのすべてを委任します。また、相談内容などについて現主治医に報告することに同意します。

年 月 日

(患者) 住所

\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印