

千葉県がんセンター

セカンドオピニオン外来 代理受診承諾書

私（患者本人）は、千葉県がんセンターにおけるセカンドオピニオン外来の代理受診について、以下を承諾します。

- ①代理人が千葉県がんセンターでセカンドオピニオン外来を受診すること
- ②現在受診中の医療機関における診断・治療内容や今後の対応について、外来の担当医師が代理人にその意見を伝えること
- ③セカンドオピニオンの内容について、主治医に文書で情報提供すること

千葉県がんセンター病院長 殿

令和 年 月 日

患者氏名 _____ 印

※直筆であれば、印鑑は必要ありません

(大正・昭和・平成 年 月 日生)

代理人氏名 _____ 続柄 ()