

医療法人徳洲会 石垣島徳洲会病院
セカンドオピニオン委任状

医療法人 徳洲会
石垣島徳洲会病院 院長 殿

私 _____ は、下記の者が私の代理人として、医療法人徳洲会
石垣島徳洲会病院（以下石垣島徳洲会病院）にてセカンドオピニオンを受けることに同意します。

なお、セカンドオピニオンを受けるために、代理人が私個人の診療情報を石垣島徳洲会病院の
医師に提供すること、及びその情報に基づいた意見を石垣島徳洲会病院の医師が代理人に伝え、
その報告書を紹介元の主治医に提供することについても、併せて同意します。

【代理人】

住 所

氏 名

㊞

患者との続柄

生年月日

年

月

日

連絡先

- () -

令和 年 月 日

【本人】

住 所

氏 名

㊞