

委任状（セカンド・オピニオン外来受診用）

白鷺病院 院長殿

私の慢性腎臓病の治療にあたって、貴院にてセカンド・オピニオンを受けることを希望いたします。セカンド・オピニオンを受けるにあたっては、以下の理由にて私が受診できないため、私に代わって家族が受診することを承諾するとともに、受診時の対応についての一切を委任いたします。

○受診できない理由

○委任する者

氏名： _____

患者との関係： _____

年 月 日

患者氏名： _____

* 自署してください

生年月日： _____ 年 月 日

連絡先： _____

* 当院から患者様へ連絡を差し上げる際に、電話番号・メールアドレスなど連絡可能なものをご記入願います