

丸子中央病院 セカンドオピニオン外来(相談)

## 委任状

私(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、貴院の担当医師が  
下記の相談者(家族)に、私の疾患についての診断および治療内容、  
今後の見通しについて、意見や判断を述べ、私の主治医あての報  
告書が作成されることに同意し委任します。

年 月 日

### 【相談者(家族)】

氏 名 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
電話番号 ① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_

### 【委任者(患者)】

氏 名 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
電話番号 ① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_

### 【代筆した場合】

委任者は、(代筆理由) \_\_\_\_\_ のため、  
文字が書けないので委任者本人の意志を確認し下記の者が代筆しました。

代筆者氏名 \_\_\_\_\_  
代筆者住所 \_\_\_\_\_  
(異なる場合) \_\_\_\_\_

※相談者は、自身を証明できるもの(運転免許証等)をご持参下さい。