湘南鎌倉総合病院

「成人アレルギー相談/セカンドオピニオン」相談同意書

私、　　は、以下の者が、私の代理人として、湘南鎌倉総合病院にて、成人アレルギー相談/セカンドオピニオンを受けることに同意します。又、成人アレルギー相談/セカンドオピニオンを受けることにつき、代理人が必要な私個人の診療情報等を湘南鎌倉総合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、湘南鎌倉総合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、あわせて同意します。

代理人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日

本人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日（大正・昭和・平成・令和）　　年　　月　　日生

氏名（続柄；　　）　　印

（本人が相談者の場合、この相談同意書は不要です）