

# 同意書

社会医療法人社団高野会 大腸肛門病センター高野病院 御中

私（患者様氏名）\_\_\_\_\_は、以下の者が、私の代理人として、  
大腸肛門病センター高野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、代理人がセカンドオピニオンに必要な私の個人情報等を貴院の医師に提供  
すること及びその情報に基づいた意見や判断を代理人に伝え、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合わせて同意いたします。

（代理人は原則として二親等以内の方をお願いいたします。）

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

本人との続柄 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

本 人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印