

代理受診同意書

国立障害者リハビリテーションセンター病院長様

令和 年 月 日

フリガナ

患者様氏名： _____ 印

〒

住 所： _____

電話番号： _____ (_____)

FAX 番号： _____ (_____)

私は、下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状、病状に関する資料を持参させ、国立障害者リハビリテーションセンター病院の医師が私の疾患についての診断及び治療の内容、今後の見通し等について意見等を述べることに同意いたします。

相談者（代理受診者）

氏 名	患者様との続柄	連絡先（電話番号など）

*注1：患者様ご本人の直筆でご記入をお願いいたします。ただし、自筆困難な場合は、代筆で結構です。

*注2：費用については、保険外のため自費扱いとなります。自費（8,000円）を窓口でお支払ください。

国立障害者リハビリテーションセンター病院