

セカンドオピニオン 同意書

特定医療法人社団 勝木会
やわたメディカルセンター 院長 殿

①セカンドオピニオン申込についての同意

私は、貴病院でのセカンドオピニオンを申し込むにあたり、以下の事項を遵守することに同意いたします。

- ・主治医からの紹介状、診療諸記録等(血液検査の結果、超音波や画像診断検査の画像と結果、生理検査・病理検査報告書等)を持参すること。
- ・相談内容は書面で主治医に報告されること。
- ・治療後の残存症状に関する相談ではないこと。
- ・過去の治療の妥当性に関する相談や、死亡した患者さんを対象とする相談ではないこと。
- ・現在治療中の医療機関に対する不満、転医希望、医療事故、訴訟に関する相談ではないこと。
- ・相談終了後はやわたメディカルセンターにて定められた料金を支払うこと。

原則 1 時間以内で 11,000 円(税込)。

超過が必要な場合は 30 分までとし、5,500 円(税込)の追加料金加算

②相談者が患者さん本人ではない場合の同意

私がセカンドオピニオンを直接受診出来ない場合は、本同意書を提出した、下記代理相談者に対して、貴病院担当医師が私の疾患について意見や判断を述べることに同意いたします。

年 月 日

フリガナ

患者氏名

生年月日 [大正・昭和・平成・令和] 年 月 日生

住 所

電話番号

《相談者が患者本人ではない場合》

代理相談者

続柄 []

注) この同意書は患者さん本人が記入してください。(代筆の場合は理由をご記入ください)

相談者は、相談本人を証明するもの(マイナンバーカード、運転免許証等)をご持参願います。

(代筆理由)