

セカンドオピニオン外来 同意書

私は、貴院セカンドオピニオン外来の受診にあたり以下の内容に同意します。

- 結果を訴訟等の目的に使用しないこと
- 主治医宛に結果が報告されること
- 自由診療として以下の定められた料金を当日支払うこと
- 診療のため必要があるときは他の医療機関との間で診療情報が提供されること

30分 11,000円（税込）

※ 最大30分の延長が可能で、医師の判断等を含め延長を行った場合は11,000円（税込）の追加料金がかかります。

※ 料金には主治医への報告書作成費用も含まれています。

（ご本人以外の場合やご本人が未成年の場合）

- 私の代理として下記の者が相談者となり、医療機関・主治医からの診断内容や治療方針に関するセカンドオピニオンを受領すること

氏名		続柄	
住所	〒		
連絡先	自宅：		
	FAX：		
	携帯：		
	E-mail：		

（ご本人および代理の方以外に同伴される方がいる場合）

- 私の同伴者として下記の者を、セカンドオピニオン外来の受診に同席させること

氏名		続柄	
氏名		続柄	
氏名		続柄	

【ご本人署名】

氏名	
住所	〒

※ ご本人の直筆でご記入ください。なお、代筆の場合はその旨をご記入ください。