

セカンドオピニオン外来 同意書

公益財団法人 丹後中央病院 病院長殿

①相談者が患者様本人ではない場合の同意について

私 _____ は、貴院担当医師が、下記の代理人に対して、私自身の病状への意見や判断を述べることに同意します。

【代理人】

氏名 _____ 続柄 (_____)

※代理人の方は、代理人本人を証明するもの（運転免許証、保険証等）をご持参下さい。

②私は、貴院へ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します。

1. 相談に必要な資料（診療情報提供書・各種検査データ・画像診断の CD-R またはフィルム等）を持参すること。
2. かかりつけ医の不满や当院への転医を前提とした相談ではないこと。
3. 相談内容について、かかりつけ医へ報告されること。
4. 死亡または既に治療が終了した患者を対象とした相談ではないこと。
5. 医療費の支払い、交通事故、労務災害等に関する相談ではないこと。
6. 後遺症に関する相談ではないこと。
7. 医療過誤及び裁判係争中に関する相談ではないこと（発展する可能性を含む）。
8. 相談費用について、定められた料金を支払うこと。
・ 30 分 10,000 円（別途消費税）、・以降 30 分超毎に 10,000 円（別途消費税）

年 月 日

患者氏名 _____ 印 _____

生年月日 _____

住 所 _____

電話番号 _____