

セカンドオピニオン外来 同意書

宮崎医療センター病院長 様

私は、セカンドオピニオンを受けるに際して、「セカンドオピニオン外来のご案内」について説明を受け、以下の内容に同意いたします。

1. 医療過誤や医療訴訟などの目的に使用しません。
2. セカンドオピニオン受診日に治療及び検査を希望しません。
3. 原則としてかかりつけの主治医の元に戻ります。
また、セカンドオピニオンの内容をかかりつけの主治医へ報告します。
4. 転院を希望する場合は改めて紹介状を持参し受診します。
5. セカンドオピニオンの費用については、本人、家族等に関わらず自費扱います。

平成 年 月 日

患者本人署名（原則として20歳以上の方は必須）

印

本人以外の場合の相談者署名

（続柄： ） 印

注)

- ・ 本人の直筆でご記入ください。
- ・ 相談者は、本人を証明するもの（運転免許証、保険証等）をご持参願います。
- ・ 相談者は、患者様との続柄を証明する公的な書類（戸籍謄本等）をご持参願います。

宮崎医療センター病院