

セカンドオピニオン外来受診 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外来受診に際して「セカンドオピニオン外来のご案内」について理解し、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します。

令和 年 月 日

患者本人署名（原則として20歳以上の方は必須） 氏名 _____ 印

本人以外の場合の相談者署名

氏名 _____ 印

（続柄： _____）

住所 _____

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。
- 患者様が来院できない場合は相談同意書の提出をお願いします。