

同意書

様式 2

医療法人 関越病院 病院長殿

西暦 年 月 日

私 _____ は(患者様氏名 _____)の病状についての説明や診断、現在および今後の治療等に関するセカンドオピニオンを、下記事項に同意の上、医療法人 関越病院に申し込みをいたします。

下記、同意いただいた項目の□に✓を記入してください

- 「セカンドオピニオン外来のご案内」に記載された事項
- 裁判・訴訟の目的に使用しません
- セカンドオピニオン料金として、定められた金額を支払います
- 主治医あての報告書が作成され、返信されます

患者様ご署名(原則として18歳以下の場合には不要)

ご署名

印

ご相談者(保護者等) 署名(複数名の場合はそれぞれに必要です)

※ご相談者が患者様本人以外の場合にご記入をお願いいたします。

住所

ご連絡先

ご署名

印

患者様とのご関係

※セカンドオピニオン外来での録音、録画及び動画撮影はできません。