

セカンドオピニオン 同意書

宮澤内科・呼吸器クリニック院長 殿

1. セカンドオピニオン申し込みについての同意

私は、貴院でのセカンドオピニオンを受けることにあたり、下記事項に同意いたします。

- ・主治医からの診療情報提供書、検査・画像データ等の資料を持参すること
- ・相談内容は書面で主治医へ報告されること
- ・医療訴訟の目的に使用しないこと
- ・主治医に対する不満や医療訴訟、医療給付に関する相談ではないこと
- ・セカンドオピニオン料金として、定められた金額を支払うこと

2. 相談者がご本人でなく代理者の場合の同意

私は、下記の代理相談者に対して、貴院医師が私の疾患や診療に関する意見や判断を述べることに同意いたします。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者本人署名（原則として18歳以上）

署名 _____ 印

保護者（患者様が18歳以下の場合）

署名 _____ 印 （続柄 _____）

相談者が代理の場合

代理相談者署名 _____ 印 （続柄 _____）