

市立加西病院

セカンドオピニオン外来同意書

市立加西病院長 様

私は、セカンドオピニオンを受けるに際して、以下の事項に同意いたします。

1. セカンドオピニオンは、提供された情報に基づき、主治医の診断・治療について意見を述べるもので、治療及び検査は行わないこと。
2. 必ず主治医に戻ること。
3. セカンドオピニオンの内容を主治医に報告すること。
4. 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払いとなること。
5. セカンドオピニオンの提供を不相当とする相当な理由が発生した場合は相談を中止すること。
6. 相談を中止した場合であっても、セカンドオピニオンに要した時間分の費用を自費払いすること。
7. 転院を希望する場合は改めて紹介状を持参すること。

署名欄

平成 年 月 日

患者氏名

相談者が患者本人でない場合、代理人氏名
