

セカンドオピニオン外来 同意書

虎の門病院分院長 殿

①セカンドオピニオン外来申込についての同意

私は、貴病院でのセカンドオピニオン外来を申し込むにあたり、以下の事項を遵守することに同意いたします。

- ・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に報告されること。
- ・相談内容を医療訴訟などに利用しないこと。
- ・過去の治療の妥当性に関する相談や、死亡した患者さんを対象とする相談ではないこと。
- ・主治医に対する不満や医療訴訟、医療給付等に関する相談ではないこと。
- ・相談終了後は虎の門病院にて定められた料金を支払うこと。

30分20,000円、30分超45分まで30,000円、45分超60分まで40,000円、

60分を超える場合は15分毎に10,000円（消費税別）加算

②相談者が患者さん本人ではない場合の同意

私がセカンドオピニオン外来を直接受診出来ない場合は、本同意書を提出した、下記代理相談者に対して、貴病院担当医師が私の疾患について意見や判断を述べることに同意いたします。

年 月 日 時 分

フリガナ

患者氏名

生年月日[大正・昭和・平成・令和] 年 月 日生

住 所

電話番号

《相談者が患者さん本人ではない場合》

代理相談者 続柄 []

注) この同意書は患者さん本人が記入してください。(代筆の場合は理由をご記入ください)

(代筆理由)