相談同意書（セカンドオピニオン）

さいたま赤十字病院長　殿

私（患者氏名） 　　　　　　　　　　　　は、私の疾患についての診断、治療内容、今後の見通し等のセカンドオピニオンを貴院担当医師に依頼し、私の主治医あての報告書を作成されることに同意いたします。また、訴訟等の目的で使用しないこと及び相談料として定められた金額をお支払いすることに同意の上、セカンドオピニオン外来を申込みいたします。

年　　　　月　　　　日

患者氏名　 　　　　　　　　　　 　　　　　　　㊞

（代筆）　　　　　　　　 　　 　　続柄

* 同席される方がいらっしゃる場合、または代理人の方がお聞きになる場合は

下記の□にチェックをしていただき、同席者全員の氏名・続柄をご記入ください。

* 同席者は以下の通りとなります。
* 本同意書を持参いたしました以下の代理人が、私の疾患についてのセカンドオピニオンを受けることを同意いたします
1. 氏 名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 続柄
2. 氏 名 続柄

③ 氏 名 続柄

* 同意書は全て患者本人がご記入ください（代筆可）。
* 代理人の方は、代理人本人を証明するもの（家族のみの場合、来院する全ての方の身分を確認できるもの）をご持参ください。