

セカンドオピニオン外来相談同意書

年 月 日

保健会 谷津保健病院 病院長殿

患者さん氏名： _____ (印)

住 所： _____

電 話 番 号： _____

代筆者 氏名： _____

※患者さんの直筆が困難な場合は代筆をお願いします。

私は、貴病院セカンドオピニオン外来を別紙申込書により申し込み、下記事項に同意しました。

1. 「セカンドオピニオン外来のご案内」の記載事項
2. 訴訟の目的に使用しないこと
3. 保険外診療のため、当院の定めた費用を支払うこと

※代理の方が受診される場合は下記にもご記入をお願いします。

下記の者に私の病状に関する主治医の紹介状、病状に関する資料を持参させ貴院の医師にセカンドオピニオンを求めることに同意します。

代理相談者： _____ (続柄 _____)

電 話 番 号： _____

※相談者は、本人確認の行えるもの（マイナンバーカード 運転免許証等）をお持ちください。