赤穂市民病院

セカンドオピニオン外来相談同意書（本人用）

赤穂市民病院　病院長

私（患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　）は、貴院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通し等について、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

※以下の項目を確認し、すべてチェックしてください。

□　医療事故（訴訟）に関する相談ではない

□　交通事故に関する相談ではない

□　相談30分まで11,000円、以降30分超えるごとに5,500円（自費診療）

（西暦）　　　　年　　　月　　　日

（フリガナ）

患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※患者本人の直筆で記入願います

代筆者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※代筆の場合は記入してください　　　続柄（　　　　　）

代筆理由：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）