

セカンドオピニオン同意書

医療法人 博俊会 理事長 嶋田 俊之 殿

私（患者氏名） _____ 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致します。

1. セカンドオピニオンは、提供された情報に基づいて、当院担当医師の判断・治療について意見を述べるもので、治療及び検査は行いません。
2. セカンドオピニオンの内容は主治医（当院以外）に報告し、その後の治療は主治医（当院以外）と相談します。
3. 転院を希望する場合は改めて紹介状を持参します。
4. セカンドオピニオンの費用は自費扱いになること、料金は30分まで10,000円（税抜）、延長30分ごとに5,000円（税抜）追加となる旨の説明を受けました。
5. セカンドオピニオンの提供が不相当とされる相当の理由が発生した場合は、相談を中止することに了承します。

令和 年 月 日

患者署名欄 _____

※以下の理由に該当する場合は、下記の相談者署名欄に記載をお願いします

- ・相談者が患者本人以外の場合
- ・患者本人が未成年の場合、または意識障害など患者本人の判断が困難な場合

相談者署名欄（相談者が患者本人以外の場合）：
