

福井赤十字病院
セカンドオピニオン外来同意書

福井赤十字病院 殿

私は、セカンドオピニオンを受けるに際して、以下の事項に同意いたします。

1. セカンドオピニオンは、提供された情報に基づき、院外主治医の判断・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. 原則として院外主治医に戻ります。
3. セカンドオピニオンの内容を院外主治医へ報告します。
4. 転院を希望する場合は、改めて紹介状を持参します。
5. セカンドオピニオンの費用については、本人、家族等に関わらず自費扱いとなることおよび、料金（※）についての説明を受けました。
※ 30分まで 11,000円
30分超から60分まで 16,500円

署名欄

年 月 日

患者氏名

印

相談者が患者本人ではない場合、代理人氏名

印