

(家族等による相談の場合に持参していただく同意書)

福井赤十字病院  
セカンドオピニオン外来 相談同意書

福井赤十字病院長 殿

私（患者氏名） \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参した

（相談者の氏名）（続柄） \_\_\_\_\_ （ ） に対して、

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、今後の見通しにつきまして、  
意見や判断を述べ、文書（本人説明文書または主治医宛意見書）が作成されることに同意  
いたします。

また、費用については、自費扱いになることおよび、料金（※）について同意いたします。

※ 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

\_\_\_\_\_  
(生年月日) 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

(患者氏名)

印