

福井赤十字病院

セカンドオピニオン外来同意書

福井赤十字病院長 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、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. 原則として主治医に戻ります。
3. セカンドオピニオンの内容を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（11,000円 税込）の説明を受けました。
6. セカンドオピニオンの提供が不相当とされる相当な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。

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)