

(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  
（11,000 円 税込）同意いたします。

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） \_\_\_\_\_ ㊞