

# セカンドオピニオン代理相談同意書

西暦 年 月 日

社会医療法人 弘道会 寝屋川生野病院病院長

患者さま氏名： \_\_\_\_\_ 印

住 所： \_\_\_\_\_

電 話 番 号： \_\_\_\_\_

※患者さまの直筆、困難な場合は代筆でお願い致します。

私は、貴病院セカンドオピニオン外来を別紙申込書により申し込み、下記事項に同意しました。

1. 「セカンドオピニオン外来のご案内」の記載事項
2. 訴訟の目的に使用しないこと
3. 保険外診療のため、当院の定めた費用を支払うこと

また、下記の者に私の病状に関する主治医の紹介状、病状に関する資料を持参させ貴院の医師にセカンドオピニオンを求めることに同意します。

代理相談者： \_\_\_\_\_

続 柄： \_\_\_\_\_

電 話 番 号： \_\_\_\_\_

※相談者は、本人確認の行えるもの（保険証・運連免許証をお持ち下さい）。