

セカンドオピニオン外来同意書

社会医療法人財団新和会
八千代病院院長殿

私は、セカンドオピニオンを受けることに際して、以下の事項に同意いたします。

- 1 セカンドオピニオンは、患者さんから提供された情報に基づいて、主治医の今後の治療方針について意見を述べるもので、治療および追加の検査はおこなわないこと。
- 2 患者さんは原則として主治医に戻る。また、当院担当医が主治医あてにセカンドオピニオン報告書を作成し、これが主治医に報告されること。
- 3 転院を希望する場合は、改めて主治医より紹介状を持参していただくこと。
- 4 セカンドオピニオンの費用については、本人、家族等に関わらず保険診療ではなく自費診療扱いとなること。
- 5 セカンドオピニオンの結果を訴訟に使用しないこと、および不特定多数への公開も行わないこと。

令和 年 月 日

氏名（自署） _____ 印

家族等の場合は代理人の氏名を署名願います

_____ 印