

# セカンドオピニオン外来 同意書

函館中央病院長 殿

## ①セカンドオピニオン外来申込についての同意

私は、貴病院でのセカンドオピニオン外来を申し込むにあたり、「セカンドオピニオン外来を希望される患者様へのご案内」に記載されている以下の事項を遵守することに同意いたします。

- ・主治医からの診療情報提供書、検査・画像データ等の資料を持参すること。
- ・現在診療を受けている医療機関とは異なるところでの検査や治療を希望しないこと。
- ・主治医に対する不満や医療訴訟、医療給付等に関する相談ではないこと。
- ・相談対象疾患が労災や交通事故に起因するものではないこと。
- ・過去の治療の妥当性に関する相談や、死亡した患者さんを対象とする相談ではないこと。
- ・函館中央病院では対応困難な疾患の相談ではないこと。
- ・相談内容は書面で主治医に報告されること。
- ・相談内容を医療訴訟などに利用しないこと。
- ・相談終了後は函館中央病院にて定められた料金を支払うこと。

## ②相談者が患者様本人ではない場合の同意

私がセカンドオピニオン外来を直接受診出来ない場合は、本同意書を提出した、下記代理相談者に対して、貴病院担当医師が私の疾患について意見や判断を述べることに同意いたします。

平成 年 月 日

フリガナ

患者様氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

生 年 月 日 [明治・大正・昭和・平成] 年 月 日生

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

《相談者が患者様本人と異なる場合》

代理相談者① \_\_\_\_\_ 続柄 [ \_\_\_\_\_ ]  
連絡先 (tel/fax 等) \_\_\_\_\_

代理相談者② \_\_\_\_\_ 続柄 [ \_\_\_\_\_ ]  
連絡先 (tel/fax 等) \_\_\_\_\_

注1) この同意書は患者様本人が記入して下さい。

注2) 相談者は本人を証明するもの（運転免許証・パスポート・健康保険証など）をご持参下さい。