

## セカンドオピニオン外来 相談同意書

このたび、わたくしの病状についての診断内容や、現在の治療方法について辻仲病院柏の葉にてセカンドオピニオンの提供を申し込みいたします。なお、下記事項について同意いたします。

1. 原則、現在通院中または入院中の病院から、情報の提供(診療データ)を行う。
2. 自費診療費として 指定の代金を支払う。
3. セカンドオピニオン受診対象者として患者様ご本人かご家族が申し込みをする。
4. 新たな検査や治療行為は原則、実施しない。
5. 完全予約制とし、相談時間は1人60分までとする(相談と書類作成)。  
※IBDセンターについては、相談時間を1人30分とする(相談のみ)。
6. 医療訴訟などは原則対象外訴訟の目的としない。

年 月 日

患者様本人ご署名 \_\_\_\_\_ ⑩

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ ( )

本人以外の相談者 (続柄) \_\_\_\_\_

ご署名 \_\_\_\_\_ ⑩

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ ( )