加古川中央市民病院

セカンドオピニオン外来相談同意書（代理人用）

加古川中央市民病院　病院長様

　私（患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　）は、私の代理人として同意書を持参しました

（ご相談者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）に対して、貴院担当医師が意見や判断を

述べること、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意いたします。

※以下の項目を確認し、すべてチェックしてください。

□　医療事故（訴訟）に関する相談ではない

□　交通事故に関する相談ではない

□　相談30分まで11,000円、以降30分超えるごとに5,500円

（自費診療）

（西暦）　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

患者様ご署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日（明治・大正・昭和・平成）　　　　年　　　　月　　　　日　生

ご住所：

相談者（セカンドオピニオンを求める者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 生年月日 | 患者との続柄 | 連　絡　先 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※相談者は本人を証明できるもの（保険証、運転免許証等）を持参のうえ、ご来院ください。