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（本人用）

加古川中央市民病院　病院長様

私（患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　）は、貴院担当医師が私の疾患について

の診断および治療内容、今後の見通し等について、意見や判断を述べ、私の主治医

あて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

　　　　　　　　　　　　　　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

※患者本人の直筆で記入願います。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

※代筆の場合は記入してください。　　　　　続柄（　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆理由：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）