

様式 1

セカンドオピニオン外来同意書

独立行政法人地域医療機能推進機構
中京病院長 絹川常郎 殿

私は、セカンドオピニオンを受けるに際して、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、治療及び検査は行わないこと。
2. 患者さんは原則として主治医に戻ることに。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、家族等に関わらず健康保険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。

平成 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