

セカンドオピニオン同意書

心臓病センター榊原病院長 殿

私は、貴院でセカンドオピニオンを申し込むにあたり、以下の事項を厳守することに同意いたします。

- ・主治医から診療情報提供書、検査・画像データ等の資料を準備すること
- ・セカンドオピニオンの度に、医師が実施の可否を判断すること
- ・定められた料金を支払うこと
最大 30 分まで 1 回につき 16,500 円 (税込み)
- ・セカンドオピニオンの内容は相談後、書面で主治医に郵送されること
- ・相談内容を医療訴訟等に利用しないこと
- ・過去の治療の妥当性に関する相談や、死亡した方を対象とする相談ではないこと
- ・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
- ・利点および生ずる恐れのある不利益等について理解したうえで申し込むこと
- ・医師側の了解なしに、録音・録画・撮影してはいけないこと

病者さま氏名

(病者さま本人ではない場合)

代理人氏名

病者さまとの続柄 ()

* 下線部に相談者ご本人の直筆でご記入ください