

亀田第一病院 セカンドオピニオン同意書

貴院でのセカンドオピニオンを受けることに際して、以下の事項に同意いたします。

- ・ 貴院担当医師が私の疾患の診断および治療内容、今後の見通しについて意見、判断を述べ、私の主治医宛の診療情報提供書が作成されることに同意いたします。
- ・ 下記面談者がセカンドオピニオンを受けることに同意いたします。
- ・ 医師面談料として、11,000円(自由診療 税込)を支払うことに同意いたします。

患者
(自署) 氏名 _____

代筆者
氏名 _____ (続柄 _____)

※ 本人以外の方がセカンドオピニオンを受ける場合、以下面談者欄のご記入をお願いいたします。本人が受ける場合はご記入不要です。

面談者 氏名 _____ (続柄 _____)

面談者 氏名 _____ (続柄 _____)

※ 本同意書をご記入のうえ亀田第一病院へFAXの送付をお願いいたします。原本のご提出が必要となりますので、面談当日亀田第一病院までお持ちください。

※ 面談者は、本人を証明できる書類をお持ちください。

※ 現在受診されている医療機関からの診療情報提供書および面談に必要な資料をお持ちください。

2024年6月