

②

セカンドオピニオン同意書

(患者さんご本人が来院される場合)

令和 年 月 日

防衛医科大学校病院長 殿

私は貴病院セカンドオピニオン外来を申込み、下記事項に同意致します。

記

- 1 「セカンドオピニオン外来のご案内」に記載された事項
- 2 訴訟の目的には使用しないこと
- 3 自由診療料金として定められた金額を支払うこと

ふりがな

※患者氏名 _____ 印

同席者氏名 _____ 患者さんとの続柄 (_____)

同席者氏名 _____ 患者さんとの続柄 (_____)

同席者氏名 _____ 患者さんとの続柄 (_____)

※注意事項：患者さんご本人の直筆でご記入お願い致します。

セカンドオピニオン代理面談同意書

(患者さんご本人は来院されない場合)

令和 年 月 日

防衛医科大学校病院長 殿

ふりがな

※患者氏名 _____ 印

患者住所
_____電話番号

私は、貴病院セカンドオピニオン外来の申し込みを希望し、下記事項に同意致します。

- 1 「セカンドオピニオン外来のご案内」に記載された事項
- 2 訴訟の目的には使用しないこと
- 3 自由診療料金として定められた金額を支払うこと
- 4 下記の者を私の代理人と定め、私の病状等に関する主治医からの診療情報提供書、病状に関する資料等を持参させ、防衛医科大学校病院の医師に対してセカンドオピニオンを受けることを承認します。

代理人

ふりがな 氏 名	生 年 月 日	患者さん との続柄	連絡先 (電話番号)
	明・大・昭・平・令 年 月 日		
	明・大・昭・平・令 年 月 日		
	明・大・昭・平・令 年 月 日		

※注意事項：患者さんご本人の直筆でご記入お願い致します。代理人の方は、本人を証明するもの（運転免許証、保険証等）をご持参ください。