

様式 2

セカンドオピニオン外来同意書

埼玉医科大学総合医療センター 病院長 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、主治医から提供された情報に基づいて、主治医の診断および治療内容等について貴院の担当医師からの意見や判断を求めるもので治療および検査等は行われたいこと。
2. 主治医に対する不満、医療過誤および裁判係争中に関する相談は行わないこと。
3. 今後の治療に関しては、原則として主治医へ戻り行われること。
また、セカンドオピニオンの内容を主治医へ報告すること。
4. 貴院へ転院を希望する場合は、改めて主治医へ相談のうえ紹介状を持参となること。
5. セカンドオピニオンの費用については、本人・家族等にかかわらず自費扱いとなること。

年 月 日

署名欄 本人氏名 _____ 印

家族等の場合は代理人の氏名を署名のうえ捺印が必要となります。

_____ 印