

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、患者さん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意見や判断を述べるもので治療および検査等を行わないこと。
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. 患者さんは、原則として主治医に戻ることに。  
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. 転院を希望する場合は、改めて紹介状を持参していただくこと。
5. セカンドオピニオンの費用については、本人、家族等に関わらず自費扱いとなること。

平成 年 月 日

署名欄 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

家族等の場合は代理人の氏名を署名・捺印をお願いします。

\_\_\_\_\_ 印