

青雲会病院 セカンドオピニオン同意書

青雲会病院 院長 殿

平成 年 月 日

私は、私の病状等についての診断および診療内容、今後の見通し等について青雲会病院の医師にセカンドオピニオンを依頼します。また、私の代理として以下の者に病状等の情報について説明することについても同意します。

なお、訴訟等の目的に使用しないことおよび自由診療として定められた金額を支払うことに同意し、以下の行為については貴院担当医師の許可なく行いません。

- ①説明の際に受領した資料を第三者（紹介元医療機関を除く）へ提出すること。
- ②相談中に相談内容を録音すること。

患者本人 氏名 _____ 印 _____

住所 _____

電話番号 () _____

相談者が本人以外の場合、以下ご記入ください

相談者① 氏名 _____ 患者との続柄 _____

住所 _____

電話番号 () _____

相談者② 氏名 _____ 患者との続柄 _____

住所 _____

電話番号 () _____

※相談者本人を証明するもの（運転免許証・保険証等）をご持参下さい。