

# 出水総合医療センター セカンドオピニオン同意書

出水総合医療センター病院長殿

私は、私の病状等についての診断および治療内容、現在および今後の見通し等について出水総合医療センターの医師にセカンドオピニオンを依頼します。なお訴訟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ます。

また、私の代理として以下の者に病状等について説明することについても同意します。

平成 年 月 日

患者本人署名 氏名： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

連絡先電話番号： \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

- - - - - (相談者が本人以外の場合、以下にご記入ください) - - - - -

平成 年 月 日

相談者① 氏名： \_\_\_\_\_ 患者との続柄： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

連絡先電話番号： \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

相談者② 氏名： \_\_\_\_\_ 患者との続柄： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

連絡先電話番号： \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

※相談者本人を証明するもの（運転免許証・保険証等）を持参ください