

医療法人伸和会 延岡共立病院

セカンドオピニオン 同意書

私、(患者氏名) _____ および (相談者) _____ は、
下記の同意事項に関し、

- 貴院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しに関する意見や判断を私および相談者へ述べるとともに、私の主治医宛に診療情報提供書を作成されること
- 私本人、相談者がいかなる不利益があつたとしても、全ては自らの責に負うものであること
- 医療法人伸和会 延岡共立病院には一切の異議申し立て、ご迷惑をおかけしないこと
- 今回の相談内容を医療費、医療給付、医療訴訟に関する事には使用しないこと

以上、同意いたします。

記入日 令和 年 月 日

患者氏名 _____ (記載困難による代記)

相談者氏名 _____

相談者住所 〒 _____

相談者電話番号 _____

患者とのご関係 _____

患者電話番号 _____

※患者さまご本人と確認連絡が図れる電話番号をご記入ください。

※相談日当日に説明を受ける方の確認が図れる証明証等（運転免許証、保険証等）をご持参ください。