国際医療福祉大学熱海病院

セカンドオピニオン外来　相談同意書

国際医療福祉大学熱海病院でのセカンドオピニオン外来受診に際して下記事項に同意のうえ、申し込みいたします。（同意について、下記項目のチェック欄に☑記載）

☐ 訴訟等の目的に使用しないこと

☐ 医療費・医療給付に関する相談目的に使用しないこと

☐ 自由診療費として定められた金額を支払うこと

☐ 診断・治療内容・相談内容について、主治医宛ての報告書が作成されること

☐ 代理人 （氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（患者様との続柄）＿＿＿＿＿＿＿へ、
質問に対する説明をすること

平成　　年　　月　　日

患者本人（自署）
署　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

相談者
（代理人）
署　　名＿＿＿＿＿＿（続柄　　）＿＿＿＿＿＿㊞
（患者本人が来院されない場合）