

# セカンドオピニオン外来同意書

藤田医科大学七栗記念病院長 様

私（患者氏名） \_\_\_\_\_ は、訴訟などの目的に使用しないこと及び自費診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、貴院担当医師が私の疾患についての診断や治療内容及び今後の見通しについて、意見や判断を述べること、また私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

また、私の代理人として、下記の者に病状等の内容について話すことに同意いたします。

年 月 日

【患者氏名】 \_\_\_\_\_ ④

( 姓・姓・姓・姓 年 月 日生)

【住所】 〒 \_\_\_\_\_

【電話番号】 \_\_\_\_\_ ( )

〔代理人氏名〕 \_\_\_\_\_ ④

〔代理人住所〕 〒 \_\_\_\_\_

〔患者様との続柄： \_\_\_\_\_ ※患者さまからみた続柄をご記入ください。〕

〔代理人電話番号〕 \_\_\_\_\_ ( )

(注) 来院者が患者さまご本人の場合は、代理人欄の記入は不要です。