

セカンドオピニオン同意書

藤田医科大学ばんだね病院 様

- 私は貴院に対しセカンドオピニオンを受けることに同意致します。
- 主治医に対し報告書が作成されることに同意致します。
- セカンドオピニオンの料金は自由診療で、1回 20,000 円（税抜）の負担がかかることに同意致します。

年 月 日

患者氏名 _____
(本人自筆)

相談者氏名 _____
(本人自筆)

患者さんとの続柄 _____