

# セカンドオピニオン 同意書

様式一③

高槻赤十字病院 院長殿

私は、下記の事項について理解し同意いたしました。  
つきましては貴病院セカンドオピニオン外来を予約申込書（様式②）によって申し込みます。

1. 患者本人がセカンドオピニオンに同意している
2. 現疾患の診断内容や治療法に関して、主治医以外の医師が専門的な意見・判断を提供するものであることを理解する
3. 転院・転医を目的とせず、診療行為（治療・検査・投薬など）を行わないことを理解する
4. 訴訟を目的としない
5. セカンドオピニオン外来の面談結果を、当院より、紹介された医療機関に対して連絡する
6. 自由診療であることを理解し、決められた料金を支払うこと  
（料金）初めの1時間まで 20,000円（税別）、以後30分ごとに 10,000円（税別）の追加料金

年 月 日

患者氏名 印

面談者 氏名 印

(患者との続柄 )

その他同伴者 印

(患者との続柄 )