

セカンドオピニオン同意書

セカンドオピニオンとは、現在の診断・治療に関して主治医以外の意見を
提供することが本来の目的です。適切な専門医が意見を提供し、病状の
ご理解と治療の選択にご協力致します。その際、ご相談内容にかかわる
新たな診療行為(投薬・処置・検査等)は行いませんのでご了承ください。
セカンドオピニオン終了後、原則として紹介元医療機関に戻っていただき
ます。

<相談不可能な場合>

- ① 患者さま本人が同意していない場合
- ② 主治医に対する不満、転院希望、医療訴訟に関する相談
- ③ セカンドオピニオンではない相談

上記に同意の上、貴院のセカンドオピニオンを申し込みます。

平成 年 月 日

患者さま氏名: _____ (印)

(生年月日 年 月 日)

相談者氏名: _____ (続柄) (印)