

# 福井県済生会病院

## セカンドオピニオン外来 同意書

福井県済生会病院長 殿

私は、セカンドオピニオンを受けるに際して、以下の事項に同意します。

- 1、 セカンドオピニオンは、提供された情報に基づき、担当医師が診断内容や治療法等に関して、意見や判断を述べるもので、治療や検査は行いません。
- 2、 セカンドオピニオンの内容は主治医（当院以外）へ報告し、その後の治療については主治医（当院以外）と相談します。
- 3、 転院を希望する場合は改めて診療情報提供書を持参します。
- 4、 セカンドオピニオンの料金は、全額自費で健康保険は適用されません。  
(1科につき30分まで11,000円、60分まで16,500円)
- 5、 セカンドオピニオンの目的にそぐわない場合には、相談を中止することがあります。

年 月 日

患者氏名

\_\_\_\_\_

代理人氏名（相談者が患者本人以外の場合）

\_\_\_\_\_ 関係 \_\_\_\_\_

\*相談者が患者本人以外の場合は、患者本人の署名と代理人の本人確認書類が必要です。

\*患者本人の同意が難しい場合（患者が未成年の場合、又は高齢等の理由により状況の判断が著しく困難であると認められた場合）は、患者本人との関係を確認できる書類と代理人の本人確認書類をご持参願います。