

長岡赤十字病院 セカンドオピニオン申込書 兼 同意書

長岡赤十字病院 院長 様

私は、下記の3点に同意した上で、貴院の医師の意見を、現在受診している医療機関での今後の治療の参考とするために、セカンドオピニオンを申し込みます。

- 1 医療過誤および訴訟に関する相談ではないこと
- 2 定められた料金を支払うこと
(1時間まで16,200円 延長30分5,400円)
- 3 現在の主治医に、相談内容が報告されること

平成 年 月 日

患者様 氏名 _____ (印)

住所 _____

患者様ご本人が来院されない場合

代理人 氏名 _____ (印) (続柄 _____)

住所 _____

この申込書は、セカンドオピニオン当日に、必ずお持ちください。
お持ちにならなかった場合、セカンドオピニオンはできません。

代理の方がセカンドオピニオンを受ける場合は、別紙の委任状
を一緒にお出しくください。