

# セカンドオピニオン外来相談同意書

奈良県総合医療センター病院長殿

私（患者署名） \_\_\_\_\_ は、私の疾患についての  
診断および治療内容、今後の見通しについて、意見や判断を述べ、私の  
主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

また、相談において定められた料金を支払うことに同意いたします。

2025年6月30日受診まで

(料金：60分まで22,000円、60分以降30分ごとに11,000円)

2025年7月1日以降

(料金：60分まで26,000円、60分以降30分ごとに13,000円)

(同席者がいる場合、または代理人がお聞きになる場合は□に✓をしていただき、  
氏名・続柄をご記入ください。)

同席者は以下の通りとなります。

本同意書を持参いたしました以下の代理人が、私の疾患についてのセカンド  
オピニオンを受けることに同意いたします。

\_\_\_\_\_  
(氏名) (続柄)

\_\_\_\_\_  
(氏名) (続柄)

\_\_\_\_\_  
(氏名) (続柄)

西暦 年 月 日

患者署名 \_\_\_\_\_

生年月日 年 月 日生

※同意書は全て患者本人が記入してください。

※代理人の方は、代理人本人の顔写真付の身分証明書をご持参ください。また、  
コピーさせていただくこともご了承願います。