

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。
（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。