千葉市立海浜病院

セカンドオピニオン外来同意書

千葉市立海浜病院　病院長

私　　　　　　　　　　　　　　は、セカンドオピニオンを受けるにあたり本状を持参した

　　　　　　　　　　　 （患者との関係：　　　　　　　　 ）に対して、私の疾患についての診療情報を提供し、これをもとに意見・判断を求めること、またセカンドオピニオンを担当した医師から私の主治医あてに報告書が作成されることに同意します。

　　　　　　年　　　　月　　　　日

患者氏名※：

※ 自筆署名または記名押印

生年月日 ： 　 　 　年　　 　月　　 　日 生

千葉市立海浜病院

セカンドオピニオン外来同意書　**記入例**

千葉市立海浜病院　病院長

私　　　　　　①　　　　　　　は、セカンドオピニオンを受けるにあたり本状を持参した

　　　　　②　　　　　 （患者との関係：　　　　③　　　 ）に対して、私の疾患についての診療情報を提供し、これをもとに意見・判断を求めること、またセカンドオピニオンを担当した医師から私の主治医あてに報告書が作成されることに同意します。

④

　　　　　　年　　　　月　　　　日

患者氏名※：　　　　　　　　　　⑤

※ 自筆署名または記名押印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　⑥

生年月日 ： 　 　 　年　　 　月　　 　日 生

【同意書の記入について】

相談の対象となる患者さんご本人が来院されず、ご家族などが来院される場合には、同意書を作成いただいております。 本記入例を参考に、同意書の下線部分をご記入いただき、セカンドオピニオン外来申込書に添えてお申込みください。

なお相談当日は、ご本人確認ができるものをお持ちください。本人確認は、顔写真付き証明書（免許証・マイナンバーカード等）、顔写真付き証明書がない場合は、健康保険証や公共料金領収書等を2つご用意ください。

1. 患者さんの氏名
2. ご相談に来られる方の氏名
3. 患者さんからみた相談者との関係
	* 複数人でご相談に来られる場合は②と③の項目を追加して、来られる方の氏名と患者さんからみた相談者との関係性をそれぞれご記入ください。
4. 本同意書を作成した日付
5. 患者さんの氏名
6. 患者さんの生年月日