

JA 吉田総合病院

セカンドオピニオン外来相談同意書

私は、貴院へ来院することが困難なため、本同意書を持参
しました（ご相談者） _____ に対して、貴院担当
医師が私の疾病についての治療内容、今後の見通し等につ
きまして意見や判断を述べ、貴院セカンドオピニオン医から、
私の主治医宛へ情報提供がされることに同意します。

令和 年 月 日

患者氏名 _____ 印

注意事項

- ・ 予約当日は、来院される相談者の身分証明ができるもの（健康保険証・運転免許証、パスポート）を必ずご持参下さい。
- ・ 訴訟を目的としている場合、診療費に関する相談、転院希望の相談は対象外です。
- ・ ご記入いただいた個人情報は、セカンドオピニオンの提供に利用するものでありこの目的以外には使用しません。
- ・ 患者様が記載できない状況においては、同意書はこの限りではありません。詳しくは地域医療連携室までお問い合わせください。