

セカンドオピニオン外来 相談同意書（家族のみ）

新小山市民病院長 殿

私(患者さん氏名) _____ は、

私の病状についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、新小山市民病院にセカンドオピニオンを依頼いたします。

また、私の代理人として、(相談者氏名) _____ (続柄) _____ に対して、貴院担当医師が意見や判断を述べること、私の主治医宛ての報告書が作成されることに同意いたします。

相談内容は、現在の主治医の診断や治療方針に関することです。以下の内容ではありません。

- 当院での診療や検査、当院への転院の希望が前提の相談
- 現在の主治医（かかりつけ医）がセカンドオピニオンを受けることを了承していない
- 現在の主治医（かかりつけ医）に対する不満や苦情、医療過誤の照会、訴訟に関する相談
- 死亡された患者さんを対象とする相談
- 医療費、医療給付に関する相談
- ご本人、ご家族以外の方からの依頼
- 精神疾患に関する相談
- 外国語による診療情報提供書（紹介状）や外国語による説明を要する場合
- 相談中に録音・録画をされる場合

上記を確認し、同意のうえチェック☑を入れていただき、署名をお願いします。

年 月 日

患者さん氏名 _____

相談者さん氏名 _____

同席者氏名 _____ . _____ .

(続柄) _____ . _____ .

新小山市民病院 医事課
作成：令和5年7月6日