

医療法人松浦会 姫路第一病院 オンラインセカンドオピニオン同意書

私は、私の病状等についての診断および診療内容、今後の見通し等について大藤剛宏医師にオンラインセカンドオピニオンを依頼します。(私の代理として以下の者に病状等の情報について説明することについても同意します。)

また、自由診療として定められた金額を支払うことに同意し、以下の行為は行いません。

- ① 訴訟等の目的に使用すること
- ② 説明の際に受領した資料を第三者（紹介元医療機関を除く）へ提出すること
- ③ 相談中に相談内容を録音すること

令和 年 月 日

患者本人 氏 名 _____ 印 _____

住 所 _____

電話番号 _____ (_____) _____

相談者が本人以外の場合、以下ご記入ください

相 談 者 氏 名 _____ 続 柄 _____

住 所 _____

電話番号 _____ — — _____

相 談 者 氏 名 _____ 続 柄 _____

住 所 _____

電話番号 _____ — — _____