セカンドオピニオン同意書

私は、東海大学医学部付属病院のホームページ（http://www.u-tokai.ac.jp/hospital/fuzoku/）に掲載するセカンドオピニオン外来について、以下１～５の内容を理解し、病院の規定する事項を了承のうえ申込みを致します。

1. 東海大学医学部付属病院におけるセカンドオピニオンの概念
2. セカンドオピニオンに該当しないもの
3. セカンドオピニオンでは実施されないこと
4. セカンドオピニオンの申込みにあたり用意するもの
5. 料金　(　　円)の支払い

年　　月　　日

申込者住所
申込者(承諾者)氏名　　印
電話番号
当院 ID

面談を希望される方についてお書きください。

申込者(面談者)氏名	性別	生年月日	住　　所
(間柄　　)			
(間柄　　)			
(間柄　　)			

ご相談の対象となる患者様についてお書きください。

氏　　名	性別	生年月日	住　　所

＊ 氏名にはフリガナと、患者様との間柄をお書きください。
＊ 本同意書は、資料送付の際に記入、捺印のうえ同封してお送りください。
＊ 当日行われたご相談の記録は、面談者の記録とさせて頂きます。過去に当院を受診されたことがある方は、患者番号を「当院 ID」欄に記載をお願い致します。
＊ 同意書、５.料金には、今回希望される担当医師に設定されております金額をご記入ください。