様式２

令和　　年　　月　　日

大阪公立大学医学部附属病院病院長　殿

セカンドオピニオン相談同意書

私は、以下の点に同意し、貴院でのセカンドオピニオンに申し込みます。

1. 診察ではなく意見の提供のみであることを了承しています。
2. 医療過誤・医療訴訟の目的に使用しません。
3. 転院目的の相談ではありません。
4. セカンドオピニオンの終了後は、定められた費用を支払います。
5. 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。

患者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（患者本人が来院しない場合）
代理相談者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続柄（　　）

※注１：患者さんご本人の直筆でご記入ください。（自筆困難な場合のみ代筆可）
※注２：患者さんご本人が来院しない場合は様式３「セカンドオピニオン代理相談同意書」をあわせて提出してください。