

県立淡路医療センターセカンドオピニオン外来

実施同意書

兼代理同意書

私は、令和_____年_____月_____日に行われる私の病状に関し、下記内容に同意のうえ、兵庫県立淡路医療センターへセカンドオピニオンを申し込みます。

【同意内容】

- 主治医の診断や治療方針の判定はいたしません
- 医療訴訟のご相談には、お応えできません
- セカンドオピニオンの内容を主治医へ報告します
- ご相談30分まで11,000円、追加15分毎に2,300円（自費診療）の費用をいただきます

家族等代理

私の代理として、_____に
病状等の内容について話をすることに同意いたします。

令和 _____年 _____月 _____日
兵庫県立淡路医療センター院長 _____様

患者ご本人 氏名 _____ 印

患者ご本人 生年月日（大・昭・平・令 _____年 _____月 _____日）

患者ご本人 住所 _____

家族等代理の場合に記載願います。

ご相談者 氏名 _____ 印

ご相談者 患者さんとのご関係（続柄） _____

ご相談者 住所 _____

県立淡路医療センターセカンドオピニオン外来

実施同意書

兼代理同意書

私は、令和 元 年 10 月 1 日に行われる私の病状に関し、下記内容に同意のうえ、兵庫県立淡路医療センターへセカンドオピニオンを申し込みます。

【同意内容】

- 主治医の診断や治療方針の判定はいたしません
- 医療訴訟のご相談には、お応えできません
- セカンドオピニオンの内容を主治医へ報告します
- ご相談30分まで11,000円、追加15分毎に2,300円（自費診療）の費用をいただきます

家族等代理

私の代理として、 _____ に
病状等の内容について話をすることに同意いたします。

令和 元 年 9 月 27 日
兵庫県立淡路医療センター院長 様

患者ご本人 氏名 淡路 太郎 印

患者ご本人 生年月日（大 昭・平・令 25 年 5 月 1 日）

患者ご本人 住所 洲本市塩屋1丁目1番137号

ご相談者 氏名 淡路 太郎 印

ご相談者 患者さんとのご関係（続柄） 本人

ご相談者 住所 同所

県立淡路医療センターセカンドオピニオン外来

実施同意書

兼代理同意書

私は、令和 元 年 10 月 1 日に行われる私の病状に関し、下記内容に同意のうえ、兵庫県立淡路医療センターへセカンドオピニオンを申し込みます。

【同意内容】

- 主治医の診断や治療方針の判定はいたしません
- 医療訴訟のご相談には、お応えできません
- セカンドオピニオンの内容を主治医へ報告します
- ご相談30分まで11,000円、追加15分毎に2,300円（自費診療）の費用をいただきます

家族等代理

私の代理として、淡路 〇〇子 に病状等の内容について話をすることに同意いたします。

令和 元 年 9 月 27 日
兵庫県立淡路医療センター院長 様

患者ご本人 氏名 淡路 太郎 印

患者ご本人 生年月日（大・昭・平・令 25 年 5 月 1 日）

患者ご本人 住所 洲本市塩屋1丁目1番137号

ご相談者 氏名 淡路 〇〇子 印

ご相談者 患者さんとのご関係（続柄） 配偶者

ご相談者 住所 洲本市塩屋1丁目1番137号