

## 魚沼基幹病院セカンドオピニオン申込書兼同意書

魚沼基幹病院長 様

私は、下記の4点に同意したうえで、貴院の医師の意見を、現在受診している医療機関での今後の治療の参考とするために、セカンドオピニオンを申し込みます。

1. 医療過誤および訴訟に関する相談ではないこと
2. 定められた料金を支払うこと(1回1時間11,000円、意見書作成時間含む)
3. 現在の主治医に、相談内容が報告されること
4. 治療は行わないこと

令和 年 月 日

患者 氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

住所 \_\_\_\_\_

患者さんご本人が来院できない場合

代理人 氏名 \_\_\_\_\_ ㊞ (続柄 \_\_\_\_\_)

住所 \_\_\_\_\_

(当日、代理人の方は身分証明書をお持ちください)

患者さんご本人が来院できない場合は、別紙の委任状をご記入のうえ、医療機関にご提出ください。

セカンドオピニオンは、治療に関する参考意見を提供するものであり、診療は行いません。

<お問い合わせ先>

〒949-7302

新潟県南魚沼市浦佐 4132 番地

魚沼基幹病院 患者サポートセンター

電話：025-777-3200 (代表)