

放射線治療科セカンドオピニオン同意書

私は、下記事項を十分に理解した上でセカンドオピニオン外来を受診します。

- ①セカンドオピニオン外来は紹介受診とは異なり、紹介元医療機関より提供された情報に基づいて紹介元医療機関主治医の診断・治療について意見を述べるものであり、セカンドオピニオン外来において新たな検査や治療は行いません。
- ②セカンドオピニオン外来後は紹介元医療機関に戻って治療を継続して頂きます。
- ③セカンドオピニオン外来受診の結果、当院への転院(外来・入院)を希望される場合は、紹介元医療機関の主治医とご相談頂いた上で、新たに紹介受診を目的とした診療情報提供書を発行し、当院への転院手続きを行って頂きます。
- ④セカンドオピニオン外来は自費扱いとなり、30分以内 6,600円(税込)をお支払い頂きます。
※時間延長無し。
- ⑤相談の内容は書面で主治医に報告されます。
- ⑥既に死亡している方のセカンドオピニオンや、医療告訴等を目的としたセカンドオピニオン、過去の治療に対してのセカンドオピニオンは受付ておりません。
また、セカンドオピニオン外来での対応が不相当とされる要求が見られた際は対応を中断する場合がございますが、その場合においても費用はお支払い頂きます。

西暦 年 月 日()

患者氏名 _____ ㊞

※家族受診等、代理人が相談される場合は下記にご記入下さい

代理人氏名 _____ ㊞

携帯電話 _____ 固定電話 _____

住 所 _____
