

## セカンドオピニオン同意書（相談者が患者本人の場合）

島田療育センター院長 殿

私（患者氏名 \_\_\_\_\_）は、私の病状についての診断や、  
現在および今後の治療法等に関するセカンドオピニオンを受けることを、下記事項に  
同意の上、貴院に申し込みます。

- ☐ 「セカンドオピニオン外来のご案内」に記載された事項
  - ☐ 訴訟の目的に使用しないこと
  - ☐ セカンドオピニオン料金として、定められた金額を支払うこと
  - ☐ 主治医あての報告書が作成され、返信されること
- （確認いただいた項目に☑を記入してください）

西暦                      年                      月                      日

ご本人署名 \_\_\_\_\_ 印

不明な点があればセカンドオピニオン外来時に  
記入せずにお持ちくださいますよう、お願いいたします。

## セカンドオピニオン同意書（ご相談者が患者本人以外の場合）

島田療育センター院長 殿

私（相談者氏名 \_\_\_\_\_）は、（患者氏名 \_\_\_\_\_）  
の病状についての診断や、現在および今後の治療法等に関するセカンドオピニオンを、  
下記事項に同意の上、貴院に申し込みます。

- ☐ 「セカンドオピニオン外来のご案内」に記載された事項
  - ☐ 訴訟の目的に使用しないこと
  - ☐ セカンドオピニオン料金として、定められた金額を支払うこと
  - ☐ 主治医あての報告書が作成され、返信されること
- （確認いただいた項目に☑を記入してください）

西暦                      年                      月                      日

患者本人署名（原則として18歳以上の場合は必須）

署名 \_\_\_\_\_ 印

ご相談者（保護者等） 署名 \_\_\_\_\_ 印

＜患者さんとの続柄                      ＞

不明な点があればセカンドオピニオン外来時に  
記入せずにお持ちくださいますよう、お願いいたします。