

# セカンドオピニオン同意書

社会医療法人 明陽会  
第二成田記念病院 ご担当医 様

私（患者様氏名） \_\_\_\_\_ は、下記事項に相違がないことを確認し、貴院担当  
医師が私の疾患に対しての今後の見通しや意見を下記相談者に対して述べることを同意します。

- 主治医に対しての報告書が作成されることに同意します。
- セカンドオピニオンは自由診療で、1時間 税込 11,000 円、その後 30 分延長ごとに税込 5,500 円の負担がかかります。（時間は担当医師が主治医に対しての返事を記載する時間を含みます）

年 月 日

患者様氏名 \_\_\_\_\_  
(本人自筆)

相談者氏名 \_\_\_\_\_  
(本人自筆)

患者様との続柄 \_\_\_\_\_