

# セカンドオピニオン同意書

令和 年 月 日

社会医療法人 明陽会  
成田記念陽子線センター 院長

私（患者様氏名）：\_\_\_\_\_は、下記の各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ついての診断及び治療内容、今後の見通しや意見を相談対象者に対して述べることを同意します。

## 【注意事項】

- 現在治療を受けている医師（以下、主治医）に対する不満を相談される場合、転医・転入院希望の場合、医療費・医療事故・医療訴訟等の裁判、説明の際に受領した資料等を主治医以外の第三者への提供、死亡された患者様を対象とする場合、診断書・証明書の発行を目的とする場合、主治医の了解が得られていない場合はお受けすることができません。
- セカンドオピニオン外来受診にあたり、当該担当医師より受診内容を主治医に報告致します。

## 【申込事項】

- 以下の内容につき、セカンドオピニオン外来受診にて相談することを希望します。（※複数・別紙回答可）

## 【診療情報提供の同意】

- セカンドオピニオン外来受診にあたり、以下の相談対象者へ自己に対する診療情報を提供することを同意します。また自己に対する診療情報の説明を希望します。（ご本人様のみの際は記入不要です。）

自己の診療情報を提供 または説明に同意する 相手方	①	氏名	(患者本人との関係： )
		住所	(連絡先： ( ) )
	②	氏名	(患者本人との関係： )
		住所	(連絡先： ( ) )
	③	氏名	(患者本人との関係： )
		住所	(連絡先： ( ) )
提供対象の範囲	診療録、画像、検査データ、その他自己に関する診療内容すべて		

(フリガナ)

患者様氏名：\_\_\_\_\_ 印  
生年月日：(大正・昭和・平成) 年 月 日  
住所：\_\_\_\_\_  
連絡先：\_\_\_\_\_