

**一般財団法人 住友病院
セカンドオピニオン外来相談同意書**

【代理人が来院される場合】

私は、本同意書を持参されました 以下の相談者に対して、
住友病院の医師が私の疾病についての診断および治療内容や今後の見通しに
ついて意見や見解を述べ、私の主治医（現在おかかりの医療機関）あての
報告書が作成されることに同意します。

代理人

氏名	住所	続柄

また、住友病院のセカンドオピニオン説明書を読み、以下の内容について
同意します。

- 医療訴訟を目的の相談ではないこと。
- 保険診療の対象にはならず、セカンドオピニオン相談料として、
定められた金額を支払うこと。

年 月 日

患者さまご本人

住所

氏名

印

生年月日

年 月 日