

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

【ご本人が来院される場合】

私は、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（現在おかけりの医療機関）  
あての報告書が作成されることに同意します。

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