

## 筑波メディカルセンター病院セカンドオピニオン外来 同意申込書

私の病状についての診断内容や、現在及び今後の治療法等に関するセカンドオピニオンの提供を、下記事項に同意の上、筑波メディカルセンター病院に申し込みます。

1. 「セカンドオピニオン外来のご案内」記載事項
2. 訴訟の目的に使用しないこと
3. 自由診療料金として定められた金額を支払うこと

年 月 日

患者本人署名（原則として未成年以外必須） \_\_\_\_\_ 印

本人以外の相談者署名 \_\_\_\_\_ 印

相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（続柄 _____） <input type="checkbox"/> その他
患者氏名・性別	ふり 氏が 名 _____ （ 男性 ・ 女性 ）
生年月日（年齢）	（大正・昭和・平成） _____ 年 _____ 月 _____ 日 （ _____ 歳）
希望診療科	_____
病 名	_____
相談者氏名（本人以外必須）	ふり 氏が 名 _____ （続柄/関係 _____）
相談者の連絡先	住所：〒 _____  電話： _____ FAX： _____ 日中の連絡先又は携帯 _____
主治医の医療機関	病院・診療所： _____  診療科・医師名： _____

---

## 筑波メディカルセンター病院セカンドオピニオン外来 相談委任状

私（患者氏名） \_\_\_\_\_ は、

私の病状についての診断及び治療内容、今後の見通しにつきまして、筑波メディカルセンター病院にセカンドオピニオンを依頼いたします。

また、私の代理人として、本相談委任状を持参いたしました

（相談者氏名） \_\_\_\_\_ に対して、貴院担当医師が意見や判断を述べること、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

患者様ご署名：

ご 住 所 ：