

セカンドオピニオン相談同意書

兵庫県立粒子線医療センター
院 長 様

私は、以下の事項に同意した上でセカンドオピニオンを希望します。

1. セカンドオピニオンでは、検査及び治療は行なわないこと。
2. 主治医の診断、治療方針をジャッジするものではないこと。
3. 相談の内容は主治医に報告をすること。
4. セカンドオピニオンの費用は、下記のとおり患者・家族に関わらず自費となること。

セカンドオピニオン（面談時間30分まで）	15,180円
（面談時間が30分を経過した場合、15分ごとに2,860円加算）	

5. セカンドオピニオンで提供した意見を医療訴訟の材料として用いないこと。

令和 年 月 日

ご本人署名：

（本人が記載できない場合） 代理人署名：

代理人住所：