AMS きしクリニック札幌　センカンドオピニオン外来

御相談における同意書

【患者様御自身が来院された場合】

私（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は，セカンドオピニオン外来にて，主治医以外の医師から第２の意見として，疾患についての治療経過や治療内容，処置等の治療選択肢など，今後の治療方針についての医学的知見を相談し，主治医宛ての報告書（診療情報提供書）を作成依頼することを希望しており，貴院の対応に同意致します.

【患者様が御来院できず，御家族様のみが来院される場合】

私（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は，セカンドオピニオン外来に同席ができないため，代わりに以下の家族に御相談をお願いします.

（ご相談者氏名）（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）（続柄：＿＿＿＿）＿＿＿に対して セカンドオピニオン外来にて，主治医以外の医師から第２の意見として，疾患についての治療経過や治療内容，処置等の治療選択肢など，今後の治療方針についての医学的知見を相談し，主治医宛ての報告書（診療情報提供書）を作成依頼することを希望しており，貴院の対応に同意致します.

日付：＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

生年月日（大正・昭和・平成・令和）＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日生

（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（ご家族様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

注 1）同意書の記入は患者さんの自筆でお願いします。

注 2）相談者は、相談本人を証明するもの（マイナンバーカードや保険証、運転免許証）をご持参ください。

AMS Atlas Medical Service
きしクリニック札幌
内科・消化器内科・女性内科・乳腺外科