

オンライン・セカンドオピニオン外来 代理相談同意書

様式3

(患者が同席しない場合)

滋賀県立総合病院長 殿

私の病状に関してオンライン・セカンドオピニオン外来を別紙申込書により申し込み、下記事項に同意しました。

1. 当院ホームページの「オンライン・セカンドオピニオン外来について」の記載事項
2. オンライン・セカンドオピニオン所見料として、定められた金額を支払うこと
3. オンライン・セカンドオピニオン面談の録音や録画を行わないこと

また、下記同席者に、貴院 担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

生年月日：（昭和・平成・令和） 年 月 日 生

患者氏名： _____ 印 （自署の場合、押印は不要）

（自筆困難な場合は、代筆で可能）

代筆者氏名： _____ （患者との続柄： _____）

【相談同席者】

同席者氏名： _____ （患者との続柄： _____）

同席者氏名： _____ （患者との続柄： _____）

同席者氏名： _____ （患者との続柄： _____）