

茅ヶ崎徳洲会総合病院 セカンドオピニオン外来 相談同意書 兼 誓約書

茅ヶ崎徳洲会総合病院病院長 殿

私(患者氏名) _____ は、本同意書を提出しました(ご相談者氏名) _____
(以下代理人という)が茅ヶ崎徳洲会総合病院にて私の疾患についての診断及び治療、今後の見通しなど
について意見や判断を聞くことに対して同意いたします。また、代理人がセカンドオピニオンに必要な私の
診療情報等を茅ヶ崎徳洲会総合病院の医師に提供すること、及びその情報に基づいた意見を茅ヶ崎徳洲
会総合病院の医師が代理人に伝え、その報告書を紹介元の主治医に提供することについても、あわせて同
意いたします。

尚、この受診に関して、今後起こりうる一切のトラブルに対し、病院側に責任を問う事は絶対でない事を誓約
致します。

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

平成 年 月 日

患者本人 住所 _____

生年月日 (明治 大正 昭和 平成) 年 月 日生

患者本人 氏名 _____ 印 _____

(本人が相談者の場合、この相談同意書は不要です)

※本人直筆で御記入下さい。代筆の場合は理由をお書き下さい。

※代理人は、家族である事を証明できるもの(運転免許証、保険証等)をご持参下さい。

【代筆理由】 _____
