

## セカンドオピニオン外来 同意書

私の病状についての診断の内容や、現状および治療法等に関するセカンドオピニオンについて、  
独立行政法人地域医療機能推進機構東京山手<sup>やまて</sup>メディカルセンターに申し込みます。

本人が来院できない場合、署名できない場合は、続柄を証明できる書類をお持ちください。

(形式は問いません)

相談者	本人 ・ 家族 ・ その他 ( )
患者氏名 性別	<small>ふりがな</small> 氏名 性別 (男・女)
生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日生
相談者	<small>ふりがな</small> 氏名 性別 (男・女)
患者本人の署名	<u>本人の署名</u> 印
患者以外の場合の 相談者の署名	<u>本人以外 (代表者)</u>  <u>署名</u> 印

<時間・料金>

30分単位10,000円+(消費税)

30分超60分まで20,000円+(消費税)

この用紙は、当日にご持参ください。