

＜セカンドオピニオン外来における同意書＞

鹿児島大学病院長 殿

貴院担当医師が、私の疾患についての診断、治療及び今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、文書（本人説明文書又は主治医宛意見書等）が作成されることを含め、下記内容について同意いたします。

- 新たな検査や治療は行わない。
- 当該診療は自由（自費）診療であるため、健康保険等の使用はできない。
- 相談時間は1回1時間程度（意見書等作成時間を含む）とする。
- 費用は1時間まで16,500円（税込）とし、延長した場合、30分を越える毎に5,500円（税込）の追加料金が生じる。
- 訴訟などの目的に使用しない。
- 医師の許可無く、説明の際に受領した資料を第三者（紹介元医療機関を除く）へ提出しない。
- 医師の許可無く、相談中に相談内容を録音しない。

令和 年 月 日

生年月日（大正 昭和 平成 令和） 年 月 日 生

（患者氏名）

（代理提出者氏名）

（続柄）

※本人もしくは相談者の自筆に限る