

<様式2>

## 徳島県立三好病院セカンドオピニオン外来同意書

私は、セカンドオピニオンを受けるに際して、以下の事項に同意します。

- 1、セカンドオピニオンは、提供された情報に基づいて、主治医の治療について意見を述べるもので、治療及び検査は行わないこと。
- 2、患者様は、原則として主治医に戻ることに。  
セカンドオピニオンの内容を主治医に報告すること。
- 3、転院を希望する場合は、改めて紹介状を持参していただくこと。
- 4、セカンドオピニオンの費用については、本人、家族に関わらず自費扱いとなること。

令和        年        月        日

徳島県立三好病院長    殿

住   所

---

氏   名(患者本人)

---

生年月日（昭和・平成）        年        月        日

---