

相談同意書

年 月 日

社会医療法人 医翔会
札幌白石記念病院 院長 様

患者氏名：ふりがな _____ 印

生年月日：(大正・昭和・平成・令和) _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は、下記の相談者及び同席者に対して、札幌白石記念病院担当医師が私の疾患についての治療内容及び診察、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。

また、下記利用規約のすべての項目を確認したうえでセカンドオピニオン外来を利用することに同意します。

相談者(3 親等以内のご家族)

氏名	患者との続柄
氏名：	続柄：

相談同席者(ご家族に限ります)

氏名	患者との続柄
氏名：	続柄：
氏名：	続柄：
氏名：	続柄：

(利用規約)

- 1.相談者・同席者の欄に記載のない方は、同席できません。
- 2.患者さんご本人の直筆、捺印による作成の上ご提出ください。
- 3.相談中の録音・録画・SNS 等への投稿はご遠慮ください。
- 4.事前に申し込んだ内容と著しく異なることについては相談できません。
- 5.相談料は自由診療のため自費となり原則30分以内で11,000 円(税込)
最長60分以内で22,000 円(税込)となります。
- 6.当院の指示に従わない言動があったと判断した場合には中止とします。