

## 様式5

### がんセカンドオピニオン外来同意書

山形県立中央病院長 殿

私は、がん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 がんセカンドオピニオンは、患者さんから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 患者さんは原則として主治医に戻ることに。
- 3 転院を希望する場合は改めて紹介状を持参し、受診していただくこと。
- 4 がんセカンドオピニオンの費用（29,630円）については、本人、家族等にかかわらず自費扱いとなること。

令和 年 月 日

署名欄 氏名

---

家族等の場合は代理人の氏名を署名願います。

---