

特別外来（セカンドオピニオン） 同意書

医療法人 明和会
スポーツ栄養クリニック代官山 殿

私（患者氏名）_____は、貴クリニック担当医師が、私の病状について診断および治療内容、今後の見通し等につきまして、意見や判断を述べること、その内容について私の主治医宛てに診療情報提供書が作成される場合があること、特別外来診療の費用については、自費扱いになることに同意いたします。

20____年____月____日

患者住所 _____

(ふりがな)
患者氏名 _____

生年月日（西暦）_____年____月____日

日中連絡先（_____） _____

- 注1、_____の箇所は自署いただきますようお願いいたします。
注2、代筆の場合は、代筆者名、患者本人との続柄、代筆理由をご記入ください。
注3、費用は30分30,000円（税別）となります。内金15,000円（税別）のお支払いを持って予約完了とさせていただきます。
注4、キャンセルは8日前までとし、1週間以内のキャンセルの場合は予約料の返金は致しませんので、ご了承ください。

代筆者氏名 _____ 続柄 _____

代筆理由：