

同意書

三重大学医学部附属病院長 殿

私は、訴訟などの目的に使用しないこと及び自費診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、私の病状についての診断の内容や現在実施されまた今後行うこととして提案されている治療法等に関し、三重大学医学部附病院にセカンドオピニオンを依頼いたします。なお、以下の行為は貴院担当医師の許可無く行いません。

- (1) 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）へ提出すること。
- (2) 相談中に相談内容を録音すること。

また、私の代理として()に病状等の内容について話をすることに同意いたします。

平成 年 月 日

署名 _____

住所 _____

連絡先電話番号 _____