**承諾書**

独立行政法人国立病院機構

姫路医療センター院長　　　殿

　私は、セカンドオピニオンの申込にあたり、下記事項を遵守するとともにその内容について承諾いたします。

１．現在受診中の医療機関の主治医からの診療情報提供書、検査・画像データ等の資料を持参又は郵送により姫路医療センターの担当医に提供すること。

２．セカンドオピニオンは現在受診中の医療機関の主治医の診断・治療方針等について意見・助言するものであり、姫路医療センターでの治療及び検査は行わないこと。ただし、必要と判断されれば自費で検査を追加することがある。また、セカンドオピニオン後は、現在受診中の医療機関の主治医の診察を受けること。

３．相談内容は現在受診中の医療機関の主治医に書面で報告されること。

４．現在受診中の医療機関の過去の治療の妥当性に関する相談や、主治医に対する不満や医療訴訟、医療給付等に関する相談ではないこと。

５．セカンドオピニオンの料金は本人・家族等に関わらず自費払いとなり、姫路医療センターが定める料金を支払うこと。なお、所要時間にあたっては、セカンドオピニオン実施に必要な画像等資料の事前確認の時間も含まれること。

　　　費用；30分まで　11､000円（税込）　以降30分毎；5､500円（税込）

６．姫路医療センターの担当医がセカンドオピニオンの継続が不適当であると判断した場合は相談を中止すること。なお、相談を中止した場合であってもセカンドオピニオンに要した時間に相当する料金を支払うこと。

７．姫路医療センターの担当医の同意なくセカンドオピニオンの相談内容等を裁判や医療訴訟等に利用しないこと。

　令和　　年　　月　　日

患者氏名　　　　　　　　　　　　印

※直筆の場合は印鑑不要

住所

電話番号

　私は、下記の者に私の病状等に関する主治医からの診療情報提供書、検査・画像データ等の資料を持参させ、姫路医療センターの担当医に対してセカンドオピニオンを求めることに同意します。

令和　　年　　月　　日

代理人氏名　　　　　　　　　　　印

続柄

電話番号

独立行政法人国立病院機構姫路医療センター