

MA オンライン・セカンドオピニオンサービス同意書

株式会社 アソシエイツ・ジャパン様

私（氏名 ）は、私の疾患についてのこれまでの診断および治療内容を開示し、今後診療・治療の方向性や見通し等のセカンドオピニオンを、MA オンラインセカンドオピニオンサービスを介し、医師（ ）に相談いたします。相談結果を参考に自己責任のもとで、今後の治療等に生かします。

同席者 以下の通りとなります。

①（氏名：）（続柄 ）

②（氏名：）（続柄 ）

委任代理人（氏名：）が、私の疾患についてのこのサービスを私の代わりに受けることに同意いたします。

【本人】

- ・本人氏名： 印
- ・生年月日： 年 月 日 生（ 歳）
- ・現住所：
- ・連絡先電話番号：

【委任代理人がいる場合】

- ・委任代理人の名前：
- ・本人との関係：

★留意点★

- 本人が代理人に委任する場合は、代理人の名前をご記入ください。別途、委任状も提出ください。
- 同意書は全て患者本人がご記入ください。
- 面談に同席者がいる場合や患者本人ではなく代理人の方が面談相談する場合は□に✓をしていただき、氏名・続柄をご記入ください。
- 同席は本人も含め3名迄とさせていただきますのでご了承ください。
- 同意書は、ダウンロードしご記入の上、メールに添付送付か、FAXで送信ください。

【送付先】

メールアドレス info@ma-medicalconsulting.com FAX：076-213-5552

受付日（ 年 月 日 ）