

セカンドオピニオン外来 申込書

年 月 日

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 印

相談者	フリガナ _____ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(本人の同意書が必要です)(氏名 _____ 続柄 _____)
患者氏名・性別 生年月日 住所 連絡先	フリガナ 氏名 _____ (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生 ( 歳) 〒 _____ 住所 _____ Tel _____ (携帯) _____ Fax _____ Eメール _____
相談者の住所 連絡先 (本人以外の申込み の場合)	〒 _____ 住所 _____ Tel _____ (携帯) _____ Fax _____ Eメール _____
相談の希望日	第1希望 年 月 日 第2希望 年 月 日
相談の希望診療科	科
疾患名	#1 _____ #2 _____ #3 _____
相談の目的	当てはまるものすべてにレ点を付けてください。 <input type="checkbox"/> 現在の診断や治療について説明を受けたい。 <input type="checkbox"/> 他に可能な治療法があるか知りたい。 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
質問したい事項	1 _____ 2 _____ 3 _____

\*以下病院記載欄 受付者名 \_\_\_\_\_

相談日時	年 月 日 ( ) 時 分
診療科 担当医	科
相談場所	外来診察室 ・ その他( _____ )

セカンドオピニオン外来相談同意書

私(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました(ご  
相談者) \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_ に対して、貴院担当医師が  
私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や  
判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) \_\_\_\_\_ 年 月 日生

(患者氏名) \_\_\_\_\_

Ⓔ