

セカンドオピニオン申込書

名戸ヶ谷病院 病院長 殿

この度、貴院にて下記の患者に関わるセカンドオピニオンの提供を受けるにあたり、患者及び相談者ともにその趣旨を理解し、患者の同意のもと申し込みいたします。

なお、医療費用、医療給付、医療訴訟などに関わる相談はいたしません。

また、セカンドオピニオン終了後には、係る費用(健康保険適用外の自費料金)支払いについて、及び貴院の担当医師より患者の主治医あてに報告書が提出されることに同意いたします。

		記入日		年	月	日
当院の受診歴	有 ・ 無 ・ 不詳	相談当日の本人の受診の有無		有 ・ 無		
(フリガナ)		男	生年月日	年 月 日 (歳)		
患者氏名		女				
住 所	〒 —			電話番号	(日中連絡の取れる番号をご記載ください)	

(フリガナ)		男	生年月日	年 月 日		
相 談 者 氏 名		女	患者との続柄			
住 所	〒 —			電話番号	(日中連絡の取れる番号をご記載ください)	

診療科					
医師指定	なし ・ あり 【 医師希望				
病名					
相談内容					
患者さんの現在の状況・その他					
現在の通院先または入院先					
医療機関名					
所在地					
主治医		科		先生	