

# セカンドオピニオン外来申込書

希望日 年 月 日

■ 患者情報	
ふりがな 氏 名	生年月日 (西暦) 年 月 日生 ( 歳)
ご住所 〒 -	
自宅電話： 携帯電話：	
現在の状況 通院中・入院中	ご病名
治療中の病院名及び住所	
主治医のお名前 科 医師名	代表電話：
ご相談で特に聞きたいこと	
セカンドオピニオンを希望する診療科及び医師名 科 医師名	
提出資料にチェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください	
<input type="checkbox"/> 紹介状(診療情報提供書) <input type="checkbox"/> 画像情報( 枚) <input type="checkbox"/> 検査記録等 <input type="checkbox"/> その他( )	

■ 相談者情報 ※患者と相談者が異なる場合のみ記入	
ふりがな 氏 名	生年月日 (西暦) 年 月 日生 ( 歳)
ご住所 〒 -	
自宅電話： 携帯電話：	
※患者と相談者が異なる場合、以下の書類もご用意ください。 ① セカンドオピニオン外来相談同意書： 申込時、本書と併せて提出 ② 患者と相談者との関係を証明するもの(住民票、戸籍謄本等)： 相談当日提示	

私はセカンドオピニオン外来を訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療費として定められた金額を支払うことに同意のうえ、以下の内容で申し込みます。

相談者 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 (印) 患者との続柄 \_\_\_\_\_