

# セカンド・オピニオン外来 申込・同意書

患者氏名	<small>(フリガナ)</small> -----	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	歳
患者住所・連絡先	〒 ----- 電話番号 -----				
ご相談者氏名	<small>(フリガナ)</small> -----	男・女	続柄		
ご相談者住所・連絡先	〒 ----- 電話番号 ----- 携帯電話 -----				
現在受診している医療機関	医療機関名			診療科	科
	主治医名	医師	受診形態	外来 ・ 入院	
ご相談目的					
現在の状況					
都合の悪い日	曜日 ( ) 時間帯 ( )				
預かり	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 検査結果(血液 尿・便 その他 ) <input type="checkbox"/> CT 枚    MRI 枚 <input type="checkbox"/> その他( )				
返却	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 検査結果(血液 尿・便 その他 ) <input type="checkbox"/> CT 枚    MRI 枚 <input type="checkbox"/> その他( )				受領サイン
同意 ・ 委任	<p><input type="checkbox"/> 私は、私の病状・治療におけるセカンド・オピニオンを受けることに同意いたします。</p> <p><input type="checkbox"/> 私は、私の病状・治療におけるセカンド・オピニオンを受けるにあたり、私の代理、 _____ に対して、貴院の担当医が、私の疾患に関する現在の診断および治療内容等についての意見や私の主治医宛に報告書が作成されることに同意いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">患者氏名 _____ 印</p>				