セカンドオピニオン申込書

訴訟などの目的に使用しないことおよび自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容でセカンドオピニオンに申込ます。

年　　月　　日　　ご相談者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年　　月　　日
住所	〒　　-	電話番号	

※相談者がご本人以外の場合は同意書が必要です

フリガナ		患者さんとの関係	□ ご本人 □ 家族（　　）
ご相談者氏名			
住所	〒　　-	電話番号	自宅： 携帯：

病名	
相談目的 相談内容 （※具体的にご記入ください）	
今までの経過 （※詳しくご記入ください ※別添資料添付可）	
治療中の医療機関	医療機関名： 主治医：　　科　　先生 住所：　　電話番号：

◆ 病院使用欄

申込書受理日	年　　月　　日	検査資料受理日	年　　月　　日
診療科	科	担当医	医師
予約日時	年　　月　　日（　　）　　時　　分		
連絡年月日	年　　月　　日	担当者	当院ID

承認日	年　　月　　日	セカンドオピニオン運営委員長	

2012年11月　改定

2019年 5月　改定