

セカンドオピニオン申込書

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病院長 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)の支払いについて、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	令和	年	月	日						
	西暦									
(フリガナ)					男	西暦	大	昭	平	令
患者氏名					生年月日					
					女	年	月	日	歳	
住 所	〒		-		電話番号					
						(日中ご連絡の取れる番号をご記載ください)				
当 院 の 受 診 歴	過去に当院を受診したことがある。									
	過去に当院を受診したことはない。									
(フリガナ)					男	西暦	大	昭	平	令
相 談 者 氏 名					生年月日					
					女	年	月	日	患者との続柄	
住 所	〒		-		電話番号					
						(日中ご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										
相談目的										
患者さんの 現在の状 況・その他										
現在の通院 先又は入院 先	医療機関名									
	所在地									
	主治医 科 先生									
相談日時 について	※月曜から土曜で、ご都合の悪い日時がございましたらご記入ください。									