

セカンドオピニオン外来申込書・同意書

以下の内容に同意の上、セカンドオピニオン外来に申込みます。

- ① 訴訟などの目的には使用しないこと
- ② 自由診療料金（自費）として定められた金額を支払うこと
- ③ 説明の際に受領した資料を第三者（主治医を除く）へ提出しないこと
- ④ 相談中に相談内容を録音しないこと

申込日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

相談者氏名： _____

相談者住所・連絡先：

〒 _____

TEL _____ - _____ FAX _____ - _____

患者氏名・性別	ふりがな _____ (男 ・ 女)
患者生年月日（年齢）	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
患者住所・連絡先 (相談者と同一の場合は 記入の必要はありません)	〒 _____ TEL _____ - _____ FAX _____ - _____
相談者の続柄	ご本人 ・ ご家族（続柄 _____)
現在受診している医療機 関・診療科・主治医	病院・医院名 _____ 診療科 _____ 主治医 医師名 _____
ご相談の具体的内容 (記入欄が不足する場 合は別紙でも可能です)	

<本人同意書> ※相談者が患者ご本人の場合は不要です

私は、上記の内容について相談者 _____ が貴院のセカンドオピニオン外来を受けることに同意します。

患者氏名（自筆） _____

印

※相談者の方は身分を証明できるものを（健康保険証、免許証、マイナンバーカード等）を必ずご持参ください。

※相談者が2名以上の場合は1名ずつ申込書を作成ください。