

# セカンド・オピニオン外来 申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及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、以下内容で貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

年 月 日 氏名 印

|                       |  |       |                    |             |    |
|-----------------------|--|-------|--------------------|-------------|----|
| 患者さん氏名                |  | 生年月日  |                    | 性別          | 年齢 |
| フリガナ                  |  | 年 月 日 |                    | 男・女         | 才  |
| 氏名                    |  |       |                    |             |    |
| 住 所                   |  |       | 連絡先                |             |    |
| 〒 -                   |  |       | TEL<br>FAX<br>携帯番号 |             |    |
| ご相談者氏名                |  | 続柄    |                    | 連絡先         |    |
| フリガナ                  |  |       |                    | TEL<br>携帯番号 |    |
| 氏名                    |  |       |                    |             |    |
| 相談希望科:                |  |       |                    |             |    |
| ご相談目的及び今までの経過         |  |       |                    |             |    |
| 患者さんの現在の状況（入院中・外来通院中） |  |       |                    |             |    |
| 入院先または通院先             |  |       |                    |             |    |
| 病医院名                  |  | 診療科   |                    | 科           |    |
| 所在地                   |  | TEL   |                    | 主治医 先生      |    |

※患者さんご本人が当外来においでになれない場合は、下記にご記入下さい。

|                               |  |       |
|-------------------------------|--|-------|
| <b>同 意 書</b>                  |  |       |
| (財)倉敷中央病院 殿                   |  |       |
| 私は、私の病状についてセカンドオピニオンを依頼いたします。 |  |       |
| 私の代理として、_____、_____、_____ に   |  |       |
| 病状等の内容について話をすることに同意いたします。     |  |       |
|                               |  | 年 月 日 |
| 患者氏名                          |  | 印     |
| ※患者さんが未成年の場合ご記入下さい。           |  |       |
| 親権者氏名                         |  |       |