

# セカンドオピニオン外来 申込書

以下の内容に同意の上、セカンドオピニオン外来を申し込みます。

1. 訴訟等の目的に使用しないこと
2. 自由診療料金として定められた金額を支払うこと
3. 相談中に相談内容を録音、録画しないこと

年 月 日 相談者氏名

|                      |       |       |    |
|----------------------|-------|-------|----|
| 患者氏名                 | 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   |       |    |
| 〒 -                  | T E L |       |    |
|                      | F A X |       |    |
| 相談者氏名                | 続柄    | 連絡先   |    |
| フリガナ                 |       | T E L |    |
| 氏名                   |       | F A X |    |
| 相談希望科：               |       |       |    |
| ご相談具体的な内容            |       |       |    |
| 患者さんの現在の状況：入院中／外来通院中 |       |       |    |
| 病医院名                 |       | 診療科   | 科  |
| 所在地                  | T E L | 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。

|                               |  |  |  |
|-------------------------------|--|--|--|
| 同 意 書                         |  |  |  |
| 倉敷中央病院 院長 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 _____                    |  |  |  |
| 親権者または代理人 _____ 続柄 _____      |  |  |  |