

セカンドオピニオン申込書

佐世保市総合医療センター院長 様

私は相談結果を訴訟の目的に使用しないこと、及び相談料として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します。また、現在治療を受けている主治医への聞き取り、結果報告等を行うこと、並びに私のカルテを作成し、相談内容等の記録を保存することにも同意の上、下記の内容で貴院のセカンドオピニオンを申し込みます。

令和 年 月 日

患者ご本人ご署名

印

ご本人以外の相談者ご署名

印

患者	氏名	(ふりがな) (男・女)
	生年月日	年 月 日生 (歳)
	住所	〒 -
	連絡先	T E L : F A X : 携帯電話:
相談者 ※患者さんご本人の場合はご記入不要です	氏名	(ふりがな) (続柄:)
	連絡先	T E L : F A X : 携帯電話:
病名		
現在治療を受けている 主治医および医療機関 ※お分かりになる範囲で 構いません	() 病院・診療所 ()科 () 先生 所在地: T E L :	
相談内容 ※相談目的、症状、病気の現在 までの経過、希望医師、希望日 等をご自由にご記入ください		

※この申込書に記載された個人情報にはセカンドオピニオンに関すること以外には使用しません。

【 病院記載欄 】

ID :

相談日時	年 月 日 () 時 分
担当医	()科 () 先生
相談場所	