

セカンドオピニオン申込書

「セカンドオピニオンのご案内」の記載事項をお読みいただき、下記事項をご記入ください。

I. セカンドオピニオン申込確認票

1	訴訟等に関連する相談ですか	(はい ・ いいえ)
2	医療事故など、過去の治療の妥当性に関する相談ですか	(はい ・ いいえ)
3	労災や事故に起因する疾患に関する相談ですか	(はい ・ いいえ)
4	当院での治療や入院を前提とする相談ですか	(はい ・ いいえ)
5	他の医療機関の紹介等を求める相談ですか	(はい ・ いいえ)
6	主治医から当院宛の紹介状をお持ちいただけますか	(はい ・ いいえ)
7	自由診療料金として定められた金額をお支払いいただけますか	(はい ・ いいえ)

年 月 日

患者本人署名 _____ 印

本人以外のご家族署名 _____ 印

II. 患者情報

患者さんに関する こと	ふりがな		旧姓		
	氏名		(男・女)	生年月日	年 月 日
	住所	〒		電話番号	
	当院受診歴	なし ・ あり (ID)			不明
相談者に関する こと	氏名		患者さん との関係		
	住所	〒		電話番号	
	来院される方	患者本人 ・ 患者本人と家族 ・ 家族のみ			
相談内容に関する こと	相談希望診療科	科 (医師)			
	受診希望日時等	* 特に希望がある場合はご記入願います			
	紹介状を書かれる医療機関と担当医師名				
	病名又は症状等	* 現在までの経過や相談事項を具体的に記入願います			