

セカンドオピニオン申込書及び同意書

私の疾患について診断及び治療内容や、現在及び今後の治療法等に関するセカンドオピニオンの提供を同意の上、申込みを致します。

令和 年 月 日

患者氏名（自署）

以下に該当する場合は、ご相談の対象外となりますのでお申込みができません

- 最初から当院で治療を希望されている場合
- 主治医に対する不満、医療事故・医療過誤・訴訟に関する相談
- 死亡された患者さんを対象とする場合
- 最初から転医・転院を前提とした相談
- 現在の主治医の了承が得られていない場合
- 診療情報提供書や検査・画像データを持参できない場合
- 医療費や医療給付に関する相談
- その他、当院がセカンドオピニオンの求めに、応じる事が困難であると判断した場合

フリガナ				大・昭・平・令
患者様氏名		男・女	生年月日	年 月 日
住 所	〒			電話番号
				携帯番号
ご相談に都合が難しい日時	月 日		(曜日)	
	月 日		(曜日)	
ご相談に来院される方	ご本人 ・ ご本人とご家族 ・ ご家族のみ (○を付けて下さい)			

※ご家族のみでご相談する場合は、下記にご記入下さい。

ご相談者の氏名

患者様とのご関係

男・女

ご相談者の連絡先

住所 〒

電話番号 自宅：

携帯：

《患者同意書》

医療法人天和会 松田病院 病院長殿

私（患者様氏名）は、本同意書を持参しました

（ご相談者氏名）（続柄）が

私の代理人として貴院でセカンドオピニオンを受けることに同意します。

令和 年 月 日

患者氏名（自署）

 医療法人 天和会 松田病院
Matsuda Hospital

〒710-0056 倉敷市鶴形1-3-10

電話：086-422-3550（代表） / FAX：086-422-7495