

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の受診を申し込みます。

令和 年 月 日 ご相談者 氏名 印

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		
〒 -	TEL 携帯番号		
ご相談者氏名 ※ご本人の場合記載不要	続柄	連絡先	
フリガナ		TEL 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）			
現在の入院先または通院先			
病医院名	所在地	診療科 主治医	科 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			
社会医療法人 緑社会 金田病院 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。			
			令和 年 月 日
患者氏名			印
※患者さんが未成年の場合はご記入下さい。			
親権者氏名			

