

岡山市立市民病院 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費の相談料として定められた金額を支払うことに同意の上、下記の内容でセカンドオピニオン外来での相談を申し込みます。

平成 年 月 日

| | | | | |
|---------------------------|----|---------|--------------------|----|
| 患者さん氏名 | | 生年月日 | 性別 | 年齢 |
| フリガナ | 氏名 | 明・大・昭・平 | 男 | 才 |
| | | 年 月 日 | 女 | |
| 住 所 | | | 連絡先 | |
| 〒 - | | | TEL FAX 携帯番号 | |
| ご相談者氏名 | | 続柄 | 連絡先 | |
| フリガナ | 氏名 | | TEL | |
| | | | 携帯番号 | |
| 疾患名(おわकारの範囲で) | | | | |
| ご相談目的及び今までの経過 | | | | |
| 現在かかっている医療機関・主治医及び患者さんの状況 | | | | |
| 医療機関名 | | 診療科 | TEL | |
| 主治医 | | 先生 | | |
| 状 況 (入 院 中 ・ 外 来 通 院 中) | | | | |

※患者さんご本人が当外来においでになれない場合は、患者さんの自筆で下記の同意書をご記入下さい。

| | |
|---|--------------|
| セカンドオピニオン相談同意書(患者さんの自筆) | |
| 岡山市立市民病院長 様 | |
| 私は、本同意書を持参しました(ご相談者氏名) _____ (続柄) _____ が、 私の代理として、貴院でセカンドオピニオンを受けることに同意いたします。 | |
| 平成 年 月 日 | 患者さん氏名 (印) |

【市民病院記載欄】

| | |
|------|-------------------------|
| 相談日時 | 平成 年 月 日 () 時 分 |
| 担当医 | 科 先生 |
| 相談場所 | 診療科診察室 (診) ・ その他 () |
| 連絡日時 | 平成 年 月 日 () 時 分 (担当者) |