

セカンドオピニオン申込書

社会医療法人敬愛会 中頭病院長 殿

この度、貴院にて下記の患者に関するセカンドオピニオンの提供を受けるにあたり、患者及び相談者ともにその主旨（以下）を理解し、患者の同意のもと申込みいたします。

1. セカンドオピニオンでは診察や検査などの診療行為は行いません
2. 訴訟などの目的に使用しません
3. 実費が発生します。
4. セカンドオピニオンを受けた後は、紹介元にて主治医と相談します

フリガナ		性別	男・女	
患者氏名		生年月日	T・S・H 年 月 日（ 歳）	
住所			電話番号	

フリガナ		性別	男・女	
相談者氏名		生年月日	T・S・H 年 月 日（ 歳）	
住所			電話番号	

(1) 相談の目的
(2) 今までの治療経過
(3) 患者様の現在の状況（入院中・通院中・在宅） 病名を患者様は（知っている・知らない・分からない） 病名を相談者は（知っている・知らない・分からない） 歩行：一人で歩ける・歩けない 食事：普通に食べれる・少し食べれる・食べれない 主な訴え： その他の状況：
(4) 現在の入院先または通院先 所在地： 病院名： 診療科名 科 主治医名 電話番号
添付資料：