

## セカンドオピニオン申込書

貴院の「セカンドオピニオンのご案内」記載事項と下記事項について同意の上、申込み致します。

- ・裁判の目的に使用しないこと
- ・自由診療料金として、定められた料金の支払い

20 年 月 日

患者様ご本人の署名

印

ご本人以外の相談者の氏名

印

フリガナ 患者氏名		性別	男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
フリガナ 相談者氏名 (本人以外)		性別	男・女
患者住所	電話		
相談者住所	電話		
相談内容 (具体的に)			
かかりつけ 医療機関	病院名 : ..... 住 所 : ..... 診療科 : 主治医名 : 先生		

## セカンドオピニオン同意書

佐野厚生総合病院 病院長 殿

私（患者氏名）\_\_\_\_\_は、貴院にセカンドオピニオンを

依頼するにあたり、（相談者氏名）\_\_\_\_\_（続柄）\_\_\_\_\_

が、セカンドオピニオンに必要な私の個人情報などを貴院の医師に提供すること、及び、貴院の医師が私の病状について診断や治療方針等の意見を相談者に伝え、診療情報提供書作成医師に報告書を提出することに同意いたします。

20 年 月 日

患者署名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_