

### セカンドオピニオン外来申込書

訴訟など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、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

平成 年 月 日 相談者氏名 ⑤

ふりがな		(男・女)	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
患者氏名				
患者の現住所(当院からの連絡先)	〒 _____ 電話番号: ( )			
ふりがな		患者との続柄	本人・本人と家族・家族( 続柄 )	
相談者氏名				
相談者の現住所(当院からの連絡先)	〒 _____ 電話番号: ( )			
希望予約日時	第一希望	月 日 ( )	午後	時
	第二希望	月 日 ( )	午後	時
(1)相談の目的				
(2)現在の状況(いずれかを○で囲んでください)				
・入院中      ・通院中      ・その他( )				
(3)入院または通院している(していた)病院・医院について				
所在地:		電話番号: ( )		
病院名:		診療科名:		
医院名:		主治医名:		
(4)病名				
(5)相談される内容				
(6)当院からのご連絡に際し、ご希望があればご記入ください				

※ご相談当日には、紹介状および出来る限りの検査資料等を現在受診している病院等から借りてお持ちください。  
(当院での受診は1回1時間を限度とし、料金は消費税込みで30分【 5,250 】円です。  
全額自費で保険適用はされません。)

-----  
【病院記載欄】

受付日	/	予約日時	/	備考
受付者			:	
担当診療科		予約者		
担当医師				

平成 年 月 日

社会医療法人 雪の聖母会  
聖マリア病院長 殿

## セカンドオピニオンに関する同意書

私、(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、

(相談者氏名) \_\_\_\_\_ (患者との続柄 \_\_\_\_\_) に対して

貴院の担当医師が、私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして

意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書を作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

生年月日 (大正・昭和・平成) 年 月 日生

(患者氏名) \_\_\_\_\_ (印)