

様式 1

社会医療法人誠光会 淡海医療センター 地域連携受付 宛

FAX 077-563-0057

TEL 077-516-2511(直通)

淡海医療センター セカンドオピニオン外来 申込書

年 月 日

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、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来相談を申し込みます。

年 月 日

記入者氏名

患者	ふりがな	
	氏名・性別	_____ 殿 (男・女)
	生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 (歳)
	現住所	〒 _____
	連絡先	(自宅) _____ (携帯) _____

※ご相談者は本人さんまたはご家族の方に限ります。ご家族の方は同意書を提出してください。

相談者	氏名・性別	_____ (男・女)
	現住所	〒 _____
	連絡先	(自宅) _____ (携帯) _____
	患者さんとの続柄	ご本人、ご家族 (_____)
1. 予約希望日時	① 年 月 日 (曜日) 午前・午後: 時 分 ② 年 月 日 (曜日) 午前・午後: 時 分 *希望される日時をご記入ください。	
2. 主治医の医療機関名	(_____) (_____ 科) (_____ 先生)	
3. ご相談されたい病名	# 1. _____ # 2. _____ # 3. _____	
4. ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。用紙が不足している場合には別紙でも結構です。)	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	

<注意事項>

治療は一切行いません。この制度は、あくまでも別の医師の意見を聞くことであり、現主治医の診断・治療内容を評価することではありません。医療訴訟を目的にしている方は対象外です。

淡海医療センター セカンドオピニオン外来

相 談 同 意 書

私、（患者氏名） _____ は、本同意書を持参しました
（ご相談者） _____ （続柄） _____ に対して、貴院担
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が作成されることに同意いたします。

年 月 日

対象者（患者氏名）

生年月日（大正・昭和・平成・令和） 年 月 日 生