

セカンドオピニオン申込書

以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン相談を申し込み致します。

記入日 年 月 日

患者さま	ふりがな			性別	男・女
	氏名				
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日生	年齢	歳
	住所				
	連絡先	TEL	携帯		
	FAX				
相談者	※患者さまと相談者が異なる場合は、ご記入ください。				
	ふりがな			続柄	
	氏名				
	連絡先	TEL	携帯		
	FAX				
診療科目		診断名			
具体的な ご相談内容					
現在治療を 受けられている 医療機関	医療機関名			主治医	
	現在の状況	入院中・通院中・その他()			

【病院記載欄】 ※外来看護師が記入 → 医事課へ提出

相談担当医師	科	医師
相談候補日時	①	年 月 日 () 時 分～
	②	年 月 日 () 時 分～
	③	年 月 日 () 時 分～

※医事課は相談日が決定したら番号を○で囲んでスキャンし電カルに登録 → 原本は外来看護師に提出

社会医療法人 刀圭会 協立病院

〒080-0046 帯広市西16条北1丁目27番地

TEL 0155-35-3355

FAX 0155-33-4702

相 談 同 意 書

私(患者氏名) _____ は、本同意書を持参しました

(相談者氏名) _____ (続柄 _____) に対して

貴院担当医師が、私の疾患についてセカンドオピニオンの内容を述べ、私の

主治医宛の報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

(患者氏名) _____

(生年月日) 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

社会医療法人 刀圭会 協立病院

〒080-0046 帯広市西16条北1丁目27番地

TEL 0155-35-3355

FAX 0155-33-4702