

セカンドオピニオン申込書

貴院にて『セカンドオピニオン』を聞きたいと申し込みをいたします。

つきましては、以下のセカンドオピニオン対象外の相談はいたしません。

- | | |
|-----------------------|------------|
| 1. 医療事故や訴訟に関する相談 | 4. 治療目的の相談 |
| 2. 過去の診療に関する相談 | 5. 転院目的の相談 |
| 3. 現在受診中の病院に関する不満等の相談 | |

平成 年 月 日 氏名 _____

以下の太枠内の部分にご記入ください。

| | | | |
|----------------|--|----------------------|-----------------------------------|
| 申込者 | 男・女 | 患者様との続柄 | |
| ご住所 | 〒 | 電話番号 | |
| | | 携帯電話 | |
| 患者様 | 男・女 | 生年月日 | |
| ご住所 | 〒 | 電話番号 | |
| | | 携帯電話 | |
| 入院中・通院中・その他() | 主治医の紹介状 有・無 | 持参資料 有・無 (具体的に:) | |
| 入院中又は通院中の病院 | 専門科 | | |
| 診断名 | 診断時期 年 月 日 | 現在の状況 | 治療前 治療中 治療後 手術前 手術後 その他 () |
| 経過の概略 | | | |
| ご希望の相談内容 | 1.診断や治療の方針が妥当かどうかを確かめたい。 2.他の治療法の可能性を知りたい。 3.他の治療機関の可能性を知りたい。 4.その他 () | | |

決定事項

以下の枠には記入しないでください。

| | | | |
|-------|---------------------|----|------|
| 担当医氏名 | 科 | 医師 | 相談場所 |
| 予約日時 | 年 月 日 () 午前・午後 時 分 | | |