

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 | |

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