

セカンドオピニオン申込書

平成 年 月 日

下記のとおり、セカンドオピニオンを申込みます。

フリガナ

1) 依頼者氏名 :

患者との続柄 :

住 所 :

電 話 番 号 :

携帯番号 (お持ちでしたら) :

フリガナ

2) 患者氏名 :

生 年 月 日 :

住 所 :

電 話 番 号 :

携帯番号 (お持ちでしたら) :

3) 診 断 名 :

4) 主治医の氏名 :

所属医療機関 :

5) 現在の症状 :

6) 今までの経過 (できるだけ詳しく書いてください) :

7) 主治医からの説明内容 :

8) 相談理由 (必ずご記入ください)

セカンドオピニオン相談同意書

私（患者氏名） _____ は、本同意書を持参した
（依頼者） _____ が、私の家族（続柄 _____ ）であり、
この者に、貴院担当医師が、私の疾患に関する診断および治療内容や予後について、
意見や判断を述べ、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。

平成 年 月 日

患者氏名

自署