

「セカンドオピニオン外来のご案内」の内容を了承した上で、セカンドオピニオン外来を申し込みます。

相談依頼者: 予約日時をお知らせする方を記入してください

相談依頼者
 (本人 家族 医療機関連携室担当者 その他)
 電話番号() -
 F A X () -
 連絡先が下記と同じ場合は記入の必要ありません

受け取る方(ご本人)を	氏名	(ふりがな) _____ (男、女)
	生年月日(年齢)	(大正、昭和、平成) _____年 _____月 _____日生(_____歳)
	住所	〒 _____ - _____
	連絡先の電話番号	電話番号() - F A X () - 携帯電話() -

代理の方	<ご本人の代理として、ご家族の方が来院される場合のみ記入して下さい>	
	氏名	(ふりがな) _____
	住所	〒 _____ - _____
	連絡先の電話番号	電話番号() - F A X () - 携帯電話() -
	続柄	

病名 (現在の病院で言われた診断名)	1 2 3
-----------------------	-------------

具体的な相談内容、現在の状況をご記入ください。	
-------------------------	--

受診している医療機関 (わかる範囲で結構です)	_____病院、診療所 住所 電話番号() - 診療科 ()科 主治医()先生
----------------------------	---

来院に際し都合の悪い日	
-------------	--

同意書

勤医協中央病院 院長 殿

私（氏名）_____は、本同意書を持参しました

（代理人）_____（続柄）_____

に対して、勤医協中央病院担当医師が、私の疾患についての治療内容および診断、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します。

年 月 日

署 名 _____ 印

住 所 _____

連絡先電話番号 _____