

徳島県鳴門病院 セカンドオピニオン 申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定めた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

平成 年 月 日 氏名

患者様	フリガナ お名前				
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生 (歳)
	ご住所	〒			
ご相談者	フリガナ お名前				
	ご連絡先	TEL			
		FAX			
ご相談者の続柄	ご本人 ・ ご家族 (続柄)				
疾患名		(1)			
		(2)			
		(3)			
ご相談の具体的な内容 (相談目的、現在の病名・病床についての説明、現在までの経過をご記入ください。)					
主治医の医療機関・お名前・所在地・電話番号・FAX番号 (お分かりになる範囲で結構です。)		() 病院 ・ 診療所			
		() 科 () 先生			
		所在地			
		TEL			
		FAX			

* ご相談当日には、紹介状及びできる限りの検査資料・画像資料をお借りしてお持ちください。

【徳島県鳴門病院地域医療連携室】

TEL 088-683-0011(内線1106) FAX 088-683-1862

徳島県鳴門病院セカンドオピニオン 相談同意書

私(患者様氏名) _____ 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診断及び治療内容、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いたします。

平成 年 月 日

患者様氏名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日 生