

セカンドオピニオン申込書 兼 同意書

医療法人青心会 郡山青藍病院
 病院長 殿

以下の内容に同意し、セカンドオピニオンの趣旨を理解し、患者の同意の上セカンドオピニオン外来に申し込みます。

- ①訴訟などの目的には使用しない。
- ②医療費用、医療給付、転医などに関わる相談でない。
- ③相談内容を録音しない。
- ④定められた自由診療料金の支払い。

平成 年 月 日

フリガナ		男・女	大・昭・平
患者氏名	印	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	〒 -	電話 携帯	() - -

フリガナ		男・女	大・昭・平
相談者氏名	印	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	〒 -	電話 携帯	() - -

(1) 相談の目的及び内容

(2) 今までの治療経過

(3) 患者さまの現在の状況

- ・病名
- ・わからない

(3) 入院または通院している医療機関名

病院名 _____

受付番号	-	相談者への連絡	済・未	相談日	平成 年 月 日 ()
可・否					午前・午後 時 分

※