

## セカンドオピニオン申込書・同意書

※ 以下にご記入(太枠線内を医療機関)の上、**診療情報提供書と併せてFAXしてください。本用紙は相談当日ご持参ください。**  
 ご本人以外の方が相談を受けられる場合は、代理相談同意書もFAXの上ご持参ください。

紹介元医療機関	医療機関名		
	TEL/FAX	TEL	FAX
	連絡窓口担当者		
予約情報	相談希望科:医師	:	
	病名		
	提供予定の診療情報	※事前に郵送をお願いします。 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 画像(CD-ROM) <input type="checkbox"/> その他( )	
	当日来られる方	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 計 名 ※人数は3名以内でお願いします。	
	現在の状態	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 独歩	
	相談日について	ご都合の悪い日・時間等あればご記入ください。	
	相談者情報	申込者区分	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者家族(続柄: ) <input type="checkbox"/> その他( )
	フリガナ		
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日( 歳)	
	住所	〒 TEL 携帯電話番号	
	相談者氏名/患者との続柄	続柄( )	
	連絡先	TEL 携帯電話番号	

※郵送された資料で担当医師と相談の上、受け入れの可否・日時等決定しますのでお返事に日数を要します。予めご了承ください。  
 ※相談当日、身分証明書となるものをご持参ください。

私は、下記事項に同意しセカンドオピニオンを申し込みます。

- セカンドオピニオンの趣旨を十分理解し、特に訴訟等の目的に使用しないこと
- セカンドオピニオン料として、22000円(保険適応外)を支払うこと

令和 年 月 日

\_\_\_\_\_  
患者氏名(自署)

\_\_\_\_\_  
代 筆

\_\_\_\_\_  
続柄( )