

永寿総合病院セカンドオピニオン外来 申込書兼同意書

|                                 |   |   |                                |                                |
|---------------------------------|---|---|--------------------------------|--------------------------------|
| 患者                              | 受診歴   | 当院に受診したことはありますか？ なし ・ あり (診察券番号: _____)                       |                                |                                |
|                                 | ふりがな<br>氏名  | <性別>  | 明・大・昭・平<br>年 月 日生              | <年齢>                           |
|                                 | 住所  | 〒   |                                | TEL - -                        |
| 相談者                             | ふりがな<br>氏名  | <続柄>  | 第一連絡先〔自宅・携帯・その他( )〕<br>TEL - - |                                |
|                                 | 住所  | 〒   |                                | 第二連絡先〔自宅・携帯・その他( )〕<br>TEL - - |
| 希望診療科 (必ずご記入ください)<br>【 _____ 】科 |   | 希望相談医師〔なし・あり〕<br>【 _____ 】先生<br>※ご希望にそえないことがあります。予めご承知おきください。 |                                |                                |
| 病名                              |   |   |                                |                                |
| 相談の目的                           |   |   |                                |                                |
| 今までの経過                          |   |   |                                |                                |
| 現在の状況                           |   |   |                                |                                |
| 受診している<br>医療機関                  | 病院名: _____<br>診療科: _____ 科 主治医: _____ 先生  |   |                                |                                |
| 資料                              | 手元にある / これから準備 ( _____ 月 _____ 日までに手元に揃う予定)   |   |                                |                                |
|                                 | 紹介状 (永寿総合病院 _____ 科 _____ 先生宛)<br>画像 (フィルム・CD-ROM) / その他 ( _____ )  |   |                                |                                |
| 相談日                             | ご都合悪い日はありますか？ なし・あり→ <u>ご都合の悪い日時</u> をお知らせください。<br>_____  |   |                                |                                |
| 相談日<br>同席者                      | ※原則、月～金 13:00～16:00 (休診日は除く) で相談日調整を致します。<br>1. 患者本人のみ 2. 患者本人、家族 ( _____ )<br>3. 成年患者家族のみ ( _____ )【同意書必須】 4. 未成年患者家族のみ【同意書不要】 |   |                                |                                |

『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、以上の通り申し込みます。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 相談者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

# セカンドオピニオン外来相談同意書

永寿総合病院長 殿

私（患者氏名） \_\_\_\_\_ は、

\_\_\_\_\_（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の診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医にも報告書が作成されることに同意いたします。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

署名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_