

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 氏名 | <性別> | 年 月 日生 | <年齢> |
| | 住所 | 〒 _____ TEL _____ - _____ - _____ | | |
| 相談者 | ふりがな 氏名 | <続柄> | 第一連絡先〔自宅・携帯・その他()〕 TEL _____ - _____ - _____ | |
| | 住所 | 〒 _____ 第二連絡先〔自宅・携帯・その他()〕 TEL _____ - _____ - _____ | | |
| 希望診療科 (必ずご記入ください) 【 _____ 】科 | | 希望相談医師〔なし・あり〕 【 _____ 】先生 ※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 医療機関 | 病院名: _____ 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) 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。 _____ ※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。 | | | |
| 相談日 同席者 | 1. 患者本人のみ 2. 患者本人、家族 (_____) 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。

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。

年 月 日

署名 _____

住所 _____

連絡先電話番号 _____